

INFORMERAT SAMTYCKE BARNHÄLSOTEAM

Läs igenom följande information, skriv under och lämna åter till er förskola för att samtycka till samarbete med andra verksamheter. Vid frågor, kontakta rektor eller ansvarig pedagog.

Barnets namn..... **Personnummer**.....

Förskola.....

Rektor.....

För att ytterligare stödja ert barn i en positiv utveckling önskar förskolan samarbeta med fler yrkeskompetenser. Samverkan sker via ortsvisa möten som kallas Barnhälsoteam där följande professioner deltar:

- Rektor i förskolan
- Specialpedagog/logoped i förskolan
- BVC-sköterska

Ni gör detta samarbete möjligt genom att lämna samtycke till att vi delger varandra nödvändig information. Ni vårdnadshavare blir informerade om vilken information vi önskar ta upp. Samtycket kan när som helst återtas av er, muntligt eller skriftligt.

Mitt/vårt barn har kontakt med följande Barnavårdscentral (BVC):

Jag samtycker även till att förskolan får samarbeta med andra verksamheter (t.ex. då barnet har kontakt med logoped eller psykolog inom Barnhälsovården, Syn-/Hörcentral, Habilitering eller liknande) *Skriv personens namn och yrke eller verksamheten.*

Vid gemensam vårdnad krävs båda vårdnadshavarnas underskrift

Jag/Vi har tagit del av ovanstående information och samtycker.

.....
Datum

.....
Datum

.....
Vårdnadshavares underskrift

.....
Vårdnadshavares underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Namnförtydligande