**SKABELON TIL BRUG FOR SAMTYKKEERKLÆRING**

**Samtykkeerklæring**

Jeg giver hermed min tilladelse til, at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(barnets navn)

(CPR nr.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ må drøftes i det tværfaglige råd.

Følgende emne(r) ønskes drøftet:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato Underskrift forælder

*Denne samtykkeerklæring er gyldig et år fra den dato, samtykket er givet.*