



AURLAND KOMMUNE

Løyve til å utveksle naudsynt informasjon i samarbeid

Løyve	<p>Eg/ me samtykker med dette i at opplysningar som har betydning for barnet vårt sin trivsel og utvikling kan delast mellom dei personane som samarbeider med oss i kommunen.</p>
Barnet sitt navn:	_____ f. dato: _____
	Dersom barnet er <u>mellom 12-16 år</u> , er det informert? Ja <input type="checkbox"/>
	Nei <input type="checkbox"/>
	Dersom barnet er <u>over 16 år</u> , skal vedkomande samtykke sjølv:
	Navn: _____
	Underskrift _____
Utveksling av opplysningar	Samtykket gjev fylgjande personar høve til å utveksle nødvendig informasjon om barnet i samarbeid (navngi):
	Helsesøster: _____
	Jordmor: _____
	Fastlege: _____
	Fysioterapi: _____
	Skule: _____
	PPT: _____
	Nav: _____
	Barnevern: _____
	Bup: _____
	Andre: _____
Løyvet trer i kraft:	_____ og varer til: _____
	for Aurland kommune: _____

	Dato _____ Underskrift føresette _____