



**Kompetansesenter Sør**

## Samtykkeerklæring for innhenting av informasjon

**Navn:**

**Født:**

For å kunne yte best mulig hjelp er vi interessert i informasjon fra andre etater som er kjent med barnet/familien. Vi ber om en spesiell tillatelse til innhenting av informasjon fra instanser som dere er eller har vært i kontakt med.

Vi gir med dette tillatelse til at det innhentes informasjon fra følgende instanser:  
(sett kryss)

Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP)

Helsestasjonen

Skole/barnehage

Barnevernstjenesten

Habiliteringsseksjonen for barn og unge (HABU)

Fysioterapeut

Annet (spesifiser):

Sted/dato:

---

Foresattes underskift

---

Postadresse:  
Kompetansesenter Sør  
Postboks 183  
4524 LINDESNES

Besøksadresse:  
Smibakken 1  
4524 LINDESNES

Organisasjonsnummer:  
964966664