|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Medgivande till samverkan mellan myndigheter**

*Skicka blanketten till:*

Ekerö kommun

Barn- och utbildningsförvaltningen

Central Elevhälsa

Box 205

17823 Ekerö

För att berörda myndigheter och samhällsorgan ska kunna samarbeta med varandra och samordna de insatser som ett barn är i behov av, behövs medgivande från vårdnadshavare till hävande av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Medgivandet gäller endast sådan information som vårdnadshavaren godkänner och bara för den tid som vårdnadshavaren godkänner. Vårdnadshavaren har när som helst rätt att ta tillbaka ett medgivande.

1. **Uppgifter om barn.**

Om barnet saknar personnummer anger du barnets födelsedatum.

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn och efternamn: | Nuvarande skola: |
| Personnummer: | Årskurs och klass: |

1. **Verksamhet medgivandet gäller**

Ange vilka verksamheter du ger tillåtelse att utbyta nödvändiga uppgifter gällande ditt barn:

Barn- och utbildningsförvaltningen, Ekerö kommun

Barn- och utbildningsförvaltningen i elevens hemkommun (ange vilken)

Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)

Socialtjänsten i elevens hemkommun, ange vilken kommun: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Elevhälsans medicinska insats

Skolpsykolog

Skolkurator

Övriga: (Tex elevens tidigare skola) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Information/frågeställningar medgivandet gäller**

Ange vilken information eller vilka frågeställningar du ger tillåtelse att ovan markerade verksamheter får samverka kring, tex. orsaker till upprepad eller längre skolfrånvaro, stöd i att få en fungerande skolsituation, stöd i att utveckla sociala relationer, elevens psykiska hälsa, elevens fysiska hälsa mm.

|  |
| --- |
| Skriv i rutan: |

1. **Giltighetstid**

|  |
| --- |
| Medgivandet gäller fram till detta datum: |

1. **Underskrift av barn/ungdom**

|  |  |
| --- | --- |
| Namnteckning: | Datum: |
| Namnförtydligande: |

1. **Underskrift av båda vårdnadshavare**

Jag/vi ger härmed mitt/vårt medgivande att ovan nämnda verksamheter får ta del av och utbyta nödvändig information med varandra.

|  |  |
| --- | --- |
| Namnteckning: | Datum: |
| Namnförtydligande: | Telefonnummer: |
| Namnteckning: | Datum: |
| Namnförtydligande: | Telefonnummer: |

1. **Återkalla medgivande**

Vårdnadshavare kan när som helst ta tillbaka ett medgivande. Fyll i nedan för att återkalla medgivandet, och lämna till Barn- och utbildningsförvaltningen, Ekerö.

|  |
| --- |
| Namnteckning och datum: |
| Namnförtydligande |
| Namnteckning och datum: |
| Namnförtydligande: |

De personuppgifter som du fyller i blanketten kommer att användas till nödvändig administration inom Barn- och utbildningsförvaltningen. Uppgifterna behandlas i enlighet med bestämmelserna i dataskyddsförordningen (GDPR). Om du vill veta mer om din personuppgiftsbehandling kan du vända dig till Barn- och utbildningsnämnden.