

# SAMTYKKE

Det gis herved samtykke til at barneverntjenesten kan samarbeide med følgende instanser:

Kryss av for aktuelle instanser:

\_\_\_\_\_ Helsestsjonen

\_\_\_\_\_ PPT i Sauda

\_\_\_\_\_ Skole

\_\_\_\_\_ Andre

\_\_\_\_\_  
Barnets navn:

\_\_\_\_\_  
Fødselsdato

\_\_\_\_\_  
Adresse:

Dato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Foresattes underskrift: