### Blankett: Samtycke till undantag från sekretess vid övergång

Blanketten används av avlämnande/mottagande skolverksamhet i dialog med vårdnadshavare/myndig elev.

Elevnamn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Personnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jag ger mitt samtycke till att följande dokumentation får överföras

från (skolans namn): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

till (skolans namn):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Samtycket gäller under \_\_\_\_\_\_\_\_ månader från dagens datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ja | Nej | Ej relevant |  |
|  |  |  | Omdömen |
|  |  |  | Utredning om elevs behov av särskilt stöd |
|  |  |  | Åtgärdsprogram |
|  |  |  | Journal för elevhälsans medicinska insats |
|  |  |  | Logopedbedömning |
|  |  |  | Psykologisk bedömning |
|  |  |  | Social bedömning |
|  |  |  | Annan dokumentation/information:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

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

Namnunderskrifter Namnförtydligande

Vårdnadshavares/myndig elev

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

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

Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavare ge sitt samtycke genom namnunderskrift. Samtycke kan återkallas när som helst. Original behålls av skolan. Kopia lämnas till vårdnadshavare och till den avlämnande/mottagande skolan.

För att dra tillbaka samtycket kontaktas överlämnande och mottagande skolas rektor.