



## SAMTYKKE – synspedagogikk for barn og unge

Jeg samtykker til at det søkes om synspedagogikk for

Navn (etternavn – fornavn)	Fødselsdato
----------------------------	-------------

### Innhenting av opplysninger

Jeg / vi samtykker i at synspedagogen kan gi og innhente nødvendige opplysninger til følgende samarbeidspartnere dersom dette vurderes nødvendig (kryss av og skriv ned eventuelle forbehold):

- Barnehage .....
  - Skole .....
  - PPT .....
  - Barnehageteam .....
  - Fastlege .....
  - Helseesykepleier på helsestasjon/skole .....
  - Spesialisthelsetjenesten .....
  - Andre fagpersoner og tjenester i Nordre Follo kommune
- .....

**NB! Samtykket kan endres eller trekkes tilbake til enhver tid**

Foresattes underskrift – som også innbefatter samtykke til å gjennomføre utredning og igangsettelse av bistand:

.....  
Sted / dato

.....  
Foresatt 1

.....  
Foresatt 2