



NYBRO KOMMUN

Medgivande vid egenvård

Barnets/Elevens namn: _____

Personnummer (10 siffror): _____

Skola och Avdelning/Klass: _____

Telefonnummer: _____

Diagnos: _____

Jag godkänner att berörd personal, elevhälsans medicinska insats och rektorer får information om mitt barns diagnos och egenvård, samt rätten att kontakta extern vårdpersonal vid frågor som rör barnets egenvård.

Jag godkänner **inte** att berörd personal, elevhälsans medicinska insats och rektorer får information om mitt barns diagnos och egenvård, samt rätten att kontakta extern vårdpersonal vid frågor som rör barnets egenvård.

Vårdnadshavare 1

Namnförtydligande

Datum

Vårdnadshavare 2

Namnförtydligande

Datum