



Blankett: Samtycke till undantag från sekretess vid övergång

Blanketten använd av avlämnare/mottagande skolverksamhet i dialog med vårdnadshavare/myndig elev.

Elevens för- och efternamn:			
Elevens personnummer: (ååååmmdd-xxxx)		Årskurs:	

Jag ger mitt samtycke till att följande dokumentation får överföras:

Från skola (skolans namn):	
Till skola (skolans namn):	

Samtycket gäller under 12 månader från dagens datum: _____

Vänligen kryssa i tabellen nedan, ett kryss per rad:

Ja	Nej	Inte relevant	
			Omdömen
			Utredning om elevens behov av särskild stöd
			Åtgärdsprogram
			Logopedbedömning
			Psykologisk bedömning
			Social bedömning
			Annan dokumentation/information:

Jag ger mitt samtycke till undantag från sekretess vid övergång:

Vårdnadshavare 1

För- och efternamn
Underskrift
Datum

Vårdnadshavare 2

För- och efternamn
Underskrift
Datum

Vid gemensam (1 hushåll) eller delad vårdnad (2 hushåll) ska båda vårdnadshavare ge sitt samtycke genom namnunderskrift. Samtycke kan återkallas när som helst.

Original behålls av skolan. Kopia lämnas till den avlämnande/ mottagande skolan.

Besöksadress

Kristinagatan 2
871 60 Härnösand

Postadress

Box 3018
871 03 Härnösand

Telefon

0611-550 350

E-post

expedition@kastellskolan.se