



## Samtycke till överlämning förskola, barn med särskilda behov

Ankomstdatum (fylls i av verksamheten)

Barnets för- och efternamn	Barnets personnummer
----------------------------	----------------------

### Kontaktuppgifter, överlämnande förskola

Ansvarig pedagog	Telefonnummer, förskolan
Adress, förskolan	

Jag/Vi ger vårt samtycke till att Waldorfförskolan Viljan tar kontakt med överlämnande förskola angående särskilda behov/anpassningar gällande mitt/vårt barn.

Informationen skall överlämnas inom \_\_\_\_\_ månader  
från dagens datum: \_\_\_\_\_

### Vårdnadshavare 1

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

### Vårdnadshavare 2

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

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

---

Ifyllt och undertecknad blankett skickas per post till:  
Waldorfförskolan Viljan, Glomman 94, 702 30 Örebro, per mejl till [admin@orebrowaldorf.se](mailto:admin@orebrowaldorf.se)

Kontakt rektor: 019-20 90 70, [rektorforskola@orebrowaldorf.se](mailto:rektorforskola@orebrowaldorf.se)