

**SKOLKONTORET**
**FULLMAKT**

Härmed ger jag/vi samtycke till att information om mitt/vårt barn/elev avseende förskole-/fritids-/skolverksamhet ska lämnas till följande person/er som ej är vårdnadshavare.

**PERSONUPPGIFTER**

Elevens/barnets namn		Personnummer	
Nuvarande skola och klass / förskola	Period som fullmakten gäller	Fullmakten gäller tills vidare <input type="checkbox"/>	

**PERSON/ER SOM SKA TA DEL AV INFORMATIONEN (FULLMAKTSTAGARE)** Kan även vara en juridisk person

Namn	Personnummer (Organisationsnummer)
E-post	Telefon

Namn	Personnummer
E-post	Telefon

 Information ska lämnas endast till ovanstående

 Alla fullmaktsgivarens tidigare fullmakter för detta barn återkallas

 Information ska lämnas även till vårdnadshavare

**UNDERSKRIFT AV BEHÖRIG UNDERTECKNARE (FULLMAKTSGIVARE)**

(Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna underteckna ansökan)

Datum och ort	Datum och ort (om annan)
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Personnummer	Personnummer
Underskrift(-er) sker i egenskap av <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Förmyndare <input type="checkbox"/> God man	
E-post	E-post (om annan)
Telefon	Telefon (om annan)

 Information har lämnats till fullmaktstagarna om andra fullmakter från fullmaktsgivarna:

 Behörighetskontroll av fullmaktsgivarna utförd:

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_

Infört i EA: \_\_\_\_\_