

BARN OCH UTBILDNING

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)

Sala kommuns noteringar:

 Information har lämnats till fullmaktstagarna om andra fullmakter från fullmaktsgivarna:

 Behörighetskontroll av fullmaktsgivarna utförd:

Datum: ____ / ____ 20____ Signatur: _____

Infört i EA: _____