

Fullmakt

Verksamhet/mottagning:

Jag godkänner att (namn):

medföljer mitt barn/mina barn:

Namn: Personnummer:

Namn: Personnummer:

Namn: Personnummer:

och därmed fattar de beslut angående barnet/barnen som kan uppstå vid besöket/besöken.

Fullmakten gäller vid detta besök

Fullmakten gäller tills jag/vi upphäver fullmakten

Vårdnadshavarens underskrift

Ort: Datum:

Underskrift: _____

Underskrift: _____

Medföljande person ska kunna legitimera sig vid besöket.