

**EIGERSUND KOMMUNE
LEVEKÅRSAVDELINGEN
MESTRINGSSENHETEN**

**Oppfølging/samtaler hos Mestringsenheten
for barn, unge og familier**

Barnets navn:.....

Adresse :.....

Fødselsnummer(11siffer):

Foresatte.....Tlf:.....

Adresse.....

Foresatte.....Tlf.....

Adresse.....

Hva er du/dere bekymret for?

.....
.....

Hva tenker du/dere mestringsenheten kan bidra med?

.....
.....
.....

Eventuelt hvilke andre offentlige instanser har/har hatt kontakt med barnet/ungdommen?

.....
.....
.....

Fullmakt/samtykke: Jeg gir med dette fullmakt til at det innhentes opplysninger som anses nødvendig for behandlingen av denne forespørsel/søknad. Jfr. Helsepersonelloven

Mestringsenheten
Damsgårdsgate 11
4270 Egersund

Postadresse:
Postboks 70
4379 Egersund

§ 25 og Forvaltningsloven § 13a nr 1. Det gis også samtykke til at vi kan samarbeide med skole, barneverntjeneste og PPT for å kunne ha et god dialog som vil være til det beste for barn, ungdom og familie. Samtidig vil det ikke gis ut mer opplysninger enn det som er relevant for å belyse saken nærmere.

Underskrift av foresatte, eller ungdommen selv etter fylte 16 år.

.....

Underskrift henviser.

.....