

## 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.