

Barnvårdscentral:

Jag godkänner att namn _____

medföljer mitt barn/mina barn:

namn _____ personnummer _____

namn _____ personnummer _____

namn _____ personnummer _____

till barnvårdscentralen 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

(muntligt eller skriftligt)

Vårdnadshavarens underskrift

Ort _____ datum _____

Underskrift _____

Underskrift _____

Medföljande person skall kunna legitimera sig vid besöket