Henvisningsskjema

GJERDRUM KOMMUNE **KONFIDENSIELT**	**Familieteamet** Adr: Gjerdrum Helsestasjon Postboks 10 2024 GJERDRUM

BARNET/ UNGDOMMENS NAVN	
Navn:	Født:
Adresse:	Tlf:
FORELDRE/ FORESATTE	TELEFON
Navn: Adresse:	
Navn: Adresse:	
SØSKEN	
Navn og alder:	
BARNEHAGE / SKOLE	KONTAKTPERSON
Skole/barnehage:	
Klasse:	Tlf:
HENVISNINGSGRUNN	
ANDRE INSTANSER SOM HAR KONTAKT MED BARNET/ UNGDOMMEN/ FAMILIEN	
SAMTYKKE TIL HENVISNINGEN	
Har foreldre til barn under 16 år gitt samtykke til henvisningen? ☐ Ja ☐ Nei Kommentar:	
Er barnet/ungdommen informert om henvisningen? ☐ Ja ☐ Nei Kommentar:	
Dato:	Henvist av:
Underskrift:	