

## **Vårdnadshavares godkännande av kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Stockholm**

Ungdomens namn:

Personnummer:

Jag godkänner att BUP deltar i social insatsgrupp (SIG) och därmed får bryta sekretessen för att dela nödvändig information med socialtjänst, polis, skola och andra som deltar.  
(Obligatoriskt)

Jag godkänner att BUP får hämta in elevhälsovårdsjournalen från skolan. (Valfritt)

Ort och datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Ort och datum:

Underskrift:

Namnförtydligande: