

## Samtykkeerklæring:

Oralmotorisk Team

Undertegnede (navn): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fødselsdag: \_\_\_\_\_

Giver hermed tilladelse til, at Oralmotorisk team:

- Kan indhente og videregive relevante og nødvendige oplysninger i forbindelse med vurdering/screening i det oralmotoriske team.
- Kan vise relevant video i forbindelse med teamets vurdering/screening.

Barnets navn: \_\_\_\_\_

Barnets cpr: \_\_\_\_\_

Samtykkeerklæringen er gældende fra underskriftdato og et år frem:

Ved barn under 18 år underskriver den/de der har forældremyndigheden.

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift/underskrifter