



Namn		Personnummer	Telefon
Folkbokföringsadress			
Vårdnadshavare (obligatoriskt under 18 år)	Adress (om annan än barnet)		Telefon
Vårdnadshavare (obligatoriskt under 18 år)	Adress (om annan än barnet)		Telefon
Aktuell situation.			
Vad är problematiken?			
Tidigare insatser och resultat av dessa.			
Aktuell frågeställning/anledning till kontakt.			
Vilka insatser tror ni krävs?			
Kännedom om att anmälan skickas till KomBack? <input type="checkbox"/> Barn/ungdom <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare			
Ev. kommentar:			
Övrigt			
Datum	Kontaktperson	Organisation/myndighet	

### Samtycke till informationsutbyte

Arbetsförmedlingen     Skola     Socialförvaltningen

Datum	Namnförtydligande	Deltagarens underskrift
-------	-------------------	-------------------------

### Samtycke för omyndig deltagare

Datum	Namnförtydligande	Vårdnadshavares underskrift
Datum	Namnförtydligande	Vårdnadshavares underskrift

Skickas till: Linda Nilsson  
Älggatan 2b, 574 40 Vetlanda  
Mail: linda.nilsson@vetlanda.se

*Barn- och utbildningsnämnden kommer att behandla personuppgifter vid hantering av ansökan till KomBack.*

