**Samþykki forsjáraðila vegna meðferðar barns**

|  |
| --- |
| Forsjáraðili 1: skráðu nafn hér kt: skráðu kennitölu hér til heimilis að: skráðu fullt heimilisfang hér Forsjáraðili 2: skráðu nafn hér kt: skráðu kennitölu hér til heimilis að: skráðu fullt heimilisfang hér veiti/veitum hér með samþykki fyrir úrræði án vistunar utan heimilis sbr.1. mgr. 24. gr. barnaverndarlaga nr. 80/2002 vegna barnsins; Nafn: skráðu nafn barns hér kt: skráðu kennitölu barns hér. Sótt er um; [ ]  **MST - Fjölkerfameðferð** [ ]  **Sálfræðiþjónusta vegna óviðeigandi kynhegðunar**  Fari foreldrar sem búa ekki saman sameiginlega með forsjá samkvæmt ákvæðum barnalaga nægir að það foreldranna sem barnið býr hjá samkvæmt ákvæðum forsjársamnings samþykki þessar ráðstafanir.Undirritaðri/undirrituðum hefur verið gerð full grein fyrir eðli og réttaráhrifum ráðstöfunarinnar, sbr. 48. gr. barnaverndarlaga nr. 80/2002. Staður: skráðu stað hér dags. smelltu hér til að skrá dagsetningu |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nafn kt.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nafn kt.**