

Anmälan till socialtjänsten om oro för barn och unga



Vem gäller oron		Datum
Namn		Personnummer
Adress		Telefon
Postnummer och ort		
E-postadress		
Verksamhet		
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om ja, vilket språk

Vem inkommer anmälan från		Telefon
Namn		
Adress		
Postnummer och ort		
E-postadress		
Verksamhet		Relation till den anmälan berör

Vårdnadshavare 1		Telefon
Namn		
Adress		
Postnummer och ort		
E-postadress		

Vårdnadshavare 2		Telefon
Namn		
Adress		
Postnummer och ort		
E-postadress		

Vad handlar oron om (konkret beskrivning och tydliga exempel)

Hur länge har oron funnits

Finns någon akut oro

Gäller oron även ytterligare barn i familjen

Är barnet/personen informerad om innehållet i anmälan

Ja Nej

Är vårdnadshavarna informerade om innehållet i anmälan

Vårdnadshavare 1 Ja Nej Vårdnadshavare 2 Ja Nej

Önskar återkoppling (gäller enbart anmälare som utifrån sin yrkesutövning är skyldiga att anmäla till socialnämnden)

Ja Nej

Underskrift

Ort och datum

Namnunderskrift

Undertecknad anmälan skickas till:
Laholms kommun
Socialkontoret
312 80 Laholm