



Anmäla oro för barn

* Obligatoriska fält

Anmälan avser

Uppgifter om barnet (fyll i så mycket du kan)
Efternamn
Förnamn
Personnummer
Hemadress
Telefon
Skola/förskola

Vårdnadshavare

Uppgifter om familjen (fyll i så mycket du kan)
<i>Förälder/vårdnadshavare 1</i> Efternamn
Förnamn
Personnummer
Adress
Telefon
Om tolkbehov finns, ange språk:



Förälder/vårdnadshavare 2 Efternamn
Förnamn
Personnummer
Adress
Telefon
Om tolkbehov finns, ange språk:
Syskon: Finns det andra barn i familjen?

Anmälare

Anmälare - vem är du som skriver?
Efternamn
Förnamn
Telefon dagtid
e-postadress
Din relation till barnet/den unge
Du som har anmälningsplikt ska även uppge: Arbetsplats/verksamhet/enhet
Arbetsplatsens adress



Annan uppgiftslämnare

Uppgiftslämnare om annan än anmälare
Efternamn
Förnamn
Adress
Telefon
E-postadress
Uppgiftslämnarens relation till barnet/den unge

Anledning till anmälan

Anledning till anmälan.
Var konkret och tydlig, beskriv gärna detaljer, vem har sagt vad och när. Vilka tecken och konsekvenser ser du på att barnet far illa eller är i behov av skydd? Beskriv!

Vad är det som gör att du anmäler nu?

Hur länge har oron funnits?

Vet du var barnet är nu?

Tror du att barnet är i omedelbar fara?



Övrigt

Du som har anmälningsplikt ska även uppge nedanstående uppgifter	
Har du tagit kontakt med andra myndigheter, i så fall vilka?	
Vilka åtgärder har ni själva vidtagit?	
Vilka känner till att anmälan ska göras?	
<input type="checkbox"/> Barnet/ungdomen	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 1
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/> Ingen
Ytterligare kommentarer som kan vara viktiga att känna till?	
Som myndighetsperson har du möjlighet att få information om socialtjänsten inleder en utredning eller inte. Vill du ha den återkopplingen? (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kan du medverka vid ett möte med familjen och socialförvaltningen (om en utredning startas). (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Ort och datum

Underskrift