

## Tilmeldingsblanket

Nedenstående ønsker at deltage i programmet FÅ STYR PÅ angsten.

Barnets navn:

---

Barnets fødselsdato samt årstal:

---

Forældres navn:

---

Mobiltelefon:

---

E-mail:

---

Forældres navn:

---

Mobiltelefon:

---

E-mail:

---

Kort beskrivelse af barnets problematik:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Har dit barn tidligere været i kontakt med psykiatrien eller PPR og i hvilken forbindelse?

---

---

---

---

Når I tilmelder jer programmet FÅ STYR PÅ angsten, så accepterer I også, at vi opbevarer jeres tilmeldingsblanket og de udfyldte spørgeskemaer i den periode, hvor I er en del af programmet.

Når vi afslutter samarbejdet destrueres alle oplysninger.