OBS! Fyll inte i dina kontaktuppgifter om du som privatperson vill vara anonym.

**Anmälan avser**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn | Förnamn |
| Personnummer |  |
| Adress |  |
| Telefon |  |
| Skola/förskola |  |

**Vårdnadshavare**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn | Förnamn |
| Personnummer |  |
| Adress | |
| Telefon |  |
| Tolkbehov  Ja, språk        Nej | |

**Vårdnadshavare**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn | Förnamn |
| Personnummer |  |
| Adress | |
| Telefon |  |
| Tolkbehov  Ja, språk        Nej | |

**Anmälare**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn | Förnamn |
| Enhet/verksamhet | |
| Adress | |
| Telefon | E-post |
| Uppgiftslämnarens relation till barnet/den unge | |

**Uppgiftslämnare om annan än anmälare**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn | Förnamn |
| Adress | |
| Telefon | E-post |
| Uppgiftslämnarens relation till barnet/den unge | |

**Uppgiftslämnare om annan än anmälare**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn | Förnamn |
| Adress | |
| Telefon | E-post |
| Uppgiftslämnarens relation till barnet/den unge | |

**Anledning till denna anmälan**

|  |
| --- |
| Var konkret och tydlig, detaljer, vem har sagt vad, omfattning, tidpunkt, tecken och konsekvenser ni ser som tyder på att barnet misstänks fara illa eller vara i behov av skydd eller stöd. |

**Frågor till uppgiftslämnaren**

|  |
| --- |
| Vad är det som gör att ni anmäler just nu? |
| Hur länge har oron funnits? |
| Hur ser barnets boendesituation ut? Växelvis boende? Var bor barnet när anmälan görs? |
| Tror ni att det är en akut fara för barnet/den unge?  Nej  Ja, ange vilken: |
| Finns det andra barn i familjen?  Nej  Vet ej  Ja, ange vilka och i vilken ålder: |
| Har kontakt tagits med andra myndigheter? I så fall vilka? |
| Vilka åtgärder har ni själva vidtagit? |
| Önskas återkoppling om en utredning inleds? (Gäller inte privatpersoner)  Ja  Nej |

|  |
| --- |
| Känner vårdnadshavaren/vårdnadshavarna till att anmälan görs?  Ja  Nej |
| Känner barnet/den unge till att anmälan görs?  Ja  Nej |
| Är det något särskilt att beakta när vi kontaktar barnet/den unge och/eller vårdnadshavaren? |
| Jag kan medverka vid möte med vårdnadshavare och socialsekreterare  Ja  Nej  Övrigt: |

|  |
| --- |
| Underskrift av anmälaren/anmälarna  Datum:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Namnförtydligande  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Namnförtydligande |

**Skicka anmälan till:**

Lidköpings kommun

Social Välfärd

Fiskaregatan 4 C

531 88 Lidköping

Fax: 0510 – 77 04 80