

SAMARBETSSAMTAL

Familjerätten erbjuder samarbetsamtal under förutsättning att båda föräldrarna är beredda att medverka i dessa. I så fall fyller ni i blanketten och skickar den till:
Familjerätten, Social omsorg, 271 80 Ystad

FÖRÄLDER

Namn

Adress

Postnr. Ort

Telefonnummer, e-postadress

Hur önskar du helst att vi kontaktad dig?

FÖRÄLDER

Namn

Adress

Postnr. Ort

Telefonnummer, e-postadress

Hur önskar du helst att vi kontaktad dig?

GEMENSAMMA BARN

Namn Född år Adress

Namn Född år Adress

Namn Född år Adress

Vänligen kryssa i vid tolkbehov:

Jag, _____ behöver tolk. Språk: _____

Jag, _____ behöver tolk. Språk: _____

OBS! Båda föräldrarna måste skriva under blanketten innan den återsänds till familjerätten.

Förälders underskrift

Förälders underskrift

Postadress

Besöksadress

Telefon växel

Telefax

E-postadress

Hemsida

YSTADS KOMMUN
271 80 YSTAD

Blekegatan 1

0411-57 00 00
0411-57 73 60

0411-191 16

soc@ystad.se

www.ystad.se