



FULDMAGT	Udfyldes af Klagenævnet
	J.nr.

Forældremyndighedsindehaver 1

Ved fælles forældremyndighed skal begge forældremyndighedsindehavere give fuldmagt.

Navn	
Gade-/vejnavn	
Postnummer og by	Telefonnummer

Forældremyndighedsindehaver 2

Navn	
Gade-/vejnavn	
Postnummer og by	Telefonnummer

giver hermed fuldmagt til:

Navn	
Gade-/vejnavn	
Postnummer og by	Telefonnummer

Pågældende skal, i stedet for mig/os, tage sig af min/vores klagesag hos Klagenævnet for Specialundervisning. Jeg/vi er indforstået med, at alle breve fra klagenævnet bliver sendt til pågældende, så længe fuldmagten gælder. Fuldmagten bortfalder, når klagenævnet har afsluttet sin behandling af sagen. Jeg/vi kan dog til enhver tid selv trække fuldmagten tilbage ved at meddele dette til Klagenævnet for Specialundervisning.

.....
Dato

.....
Underskrift/Forældremyndighedsindehaver 1

.....
Dato

.....
Underskrift/Forældremyndighedsindehaver 2