

FULDMAGT	Udfyldes af Klagenævnet
	J.nr.

**Undertegnede
(klageren)**

Navn	
Gade-/vejnavn	
Postnummer og by	Telefonnummer

**giver hermed fuldmagt til:
(partsrepræsentant, fx forældre)**

Navn	
Gade-/vejnavn	
Postnummer og by	Telefonnummer

Pågældende skal, i stedet for mig, tage sig af min klagesag hos Klagenævnet for Specialundervisning. Jeg 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 kan dog til enhver tid selv trække fuldmagten tilbage ved at meddele dette til Klagenævnet for Specialundervisning.

.....
Dato

.....
Underskrift