

Fuldmægtig over forældre

Jeg, [Fulde navn], født den [Fødselsdato], med adresse [Adresse], giver herved fuldmagt til [Fuldmægtigs navn], født den [Fuldmægtigs fødselsdato], med adresse [Fuldmægtigs adresse], til at handle på mine vegne i forbindelse med afgørelse og forvaltning af rettigheder og pligter som forælder til [Barnets fulde navn], født den [Barnets fødselsdato].

Denne fuldmagt omfatter, men er ikke begrænset til, følgende forhold:

1. At træffe beslutninger vedrørende barnets uddannelse og sundhed.
2. At repræsentere mig i alle relevante institutioner, herunder skoler, læger og myndigheder.
3. At indgå aftaler og underskrive dokumenter på mine vegne i relation til barnets velfærd.

Fuldmagten træder i kraft den [Startdato] og er gyldig indtil [Slutdato] eller indtil den bliver tilbagekaldt skriftligt.

Underskrevet den [Dato] i [By],

[Fulde navn]

[Underskrift]