


Aanmeldingsformulier

Primair Onderwijs Haaksbergen

Naam basisschool	
BRIN- nummer	In te vullen door school
Datum aanmelding	In te vullen door school
Datum inschrijving	In te vullen door school

<i>Kind Informatie</i>	
Achternaam	
Voornamen	
Roepnaam	
Geslacht	<input type="checkbox"/> jongen <input type="checkbox"/> meisje
Geboortedatum	
Burgerservicenummer	
Geboorteplaats	
Geboorteland	
Nationaliteit	
Vluchtelingenstatus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<i>Woonadres Kind</i>	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Is er sprake van een tweede adres waar het kind woonachtig is?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Opmerkingen:	
<i>(Contact) gegevens ouders/verzorgers</i>	
	Ouder/verzorger
	Ouder/verzorger

Relatie tot kind		
Ouderlijk gezag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Voor en Achternaam		
Voorletters		
E-mailadres		
Mobiel	①	①
Vast	①	①
Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Geboortedatum		
Geboorteland		
Nationaliteit		
Vluchtelingstatus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Wijkt het adres af van het woonadres van het kind? Graag afwijkend adres invullen.		
Adres		
Postcode		
Woonplaats		
<i>Contactgegevens extra i.v.m. niet bereiken van ouders/verzorgers</i>		
Extra telefoonnummer 1	Relatie tot kind:	
	①	
Extra telefoonnummer 2	Relatie tot kind:	
	①	
<i>Gezinsgegevens</i>		
Gezinssamenstelling	<input type="checkbox"/> beide ouders <input type="checkbox"/> eenoudergezin <input type="checkbox"/> co-ouderschap <input type="checkbox"/> samengesteld gezin <input type="checkbox"/> pleegoudergezin <input type="checkbox"/> adoptie ouders <input type="checkbox"/> anders, nl.	
Broers en zussen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Naam	Geboortedatum:	<input type="checkbox"/> jongen <input type="checkbox"/> meisje
Naam	Geboortedatum:	<input type="checkbox"/> jongen <input type="checkbox"/> meisje
Naam	Geboortedatum:	<input type="checkbox"/> jongen <input type="checkbox"/> meisje

Naam	Geboortedatum: <input type="checkbox"/> jongen <input type="checkbox"/> meisje		
Naam	Geboortedatum: <input type="checkbox"/> jongen <input type="checkbox"/> meisje		
Thuis taal			
Opvoeding tweetalig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
Bijzondere gezinsomstandigheden:			
<i>Medische contactgegevens</i>			
Naam huisarts	①		
Naam tandarts	①		
<i>(Medische) Bijzonderheden</i>			
Is er sprake van:			
Allergieën	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Medicijngebruik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Dyslexie in familie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Hoogbegaafdheid in familie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Logopedie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Fysiotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Is uw kind bekend bij het Zorg Advies Team (ZAT) vanuit de voorschoolse voorziening?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee			
Zijn er m.b.t. de ontwikkeling bijzonderheden die extra aandacht/ondersteuning vragen?			
Zijn er observatie- en/of onderzoeksgegevens over uw kind?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		Zo ja, welke?	
<i>Voorschoolse Voorziening</i>			
<input type="radio"/> Gastouder	Naam		
	Aantal dag(delen)		
<input type="radio"/> Kinderdagverblijf	Naam		
	Aantal dag(delen)		
<input type="radio"/> Medisch Kinderdagverblijf	Naam		
	Aantal dag(delen)		

BIJLAGE 1 Toestemmingsverklaring bepalen ondersteuningsbehoefte

Ondergetekenden, ouders/verzorgers van

Naam kind

Geboortedatum

geven op grond van artikel 8 van de Wet Bescherming Persoonsgegevens toestemming aan

de directeur/de Intern Begeleider (IB-er)

om in verband met het bepalen van de ondersteuningsbehoefte van hun kind informatie op te vragen bij:

- de voorschoolse voorziening van het kind
- de logopedist
- de huisarts
- de maatschappelijk werker
- anders, nl.....

Naam **ouder/verzorger**

Datum

Handtekening

Naam **ouder/verzorger**

Datum

Handtekening