**AANMELDINGSFORMULIER ONDERZOEK**

**Voor ouders**

**Bezoekadres** **Postadres** Telefoon: 0299-783400

Wielingenstraat 115 Postbus 811 E-mail: [info@klaarr.nl](mailto:info@klaarr.nl)

1441 ZN PURMEREND 1440 AV PURMEREND

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens kind** | |
| Voornaam (voluit) |  |
| Roepnaam |  |
| Achternaam |  |
| Geslacht | M / V (doorhalen wat niet van toepassing is) |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Geboortedatum |  |
| School |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens ouder(s)/verzorger(s)/voogd** | |
| Achternaam  ouder 1 |  |
| Voorletters |  |
| Telefoonnummer |  |
| Mobiel nummer |  |
| E-mailadres |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam  ouder 2 |  |
| Voorletters |  |
| Telefoonnummer |  |
| Mobiel nummer |  |
| E-mailadres |  |

|  |
| --- |
| **Is uw kind eerder aangemeld bij KLAARR/ SBZW? : Datum:** |
| Uw kind wordt aangemeld voor onderzoek bij Testservice Zaanstreek Waterland. Hieronder kunt u nog eventueel aanvullende informatie geven over uw kind. |

|  |
| --- |
| **Zijn er in de ontwikkeling van uw kind bijzonderheden geweest, die mogelijk van belang zijn voor het onderzoek?** |
|  |
| **Wat is uw mening over de aanmelding?** |
|  |
| **Overige informatie** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uitwisselen gegevens derden** | | | | | |
| Om tot een goede oordeelsvorming te komen willen wij graag andere relevante gegevens betrekken. Daarom vragen wij uw toestemming om, indien van toepassing, informatie uit te wisselen met: | | | | | |
| Instantie | *Toestemming* | | | Wie van de instantie | Telefoonnummer |
| Jeugdarts/ schoolarts GGD | 0 ja | 0 nee | 0 n.v.t. |  |  |
| Logopedie | 0 ja | 0 nee | 0 n.v.t. |  |  |
| Jeugd GGZ  (Lucertis/Triversum/etc.) | 0 ja | 0 nee | 0 n.v.t. |  |  |
| Medisch specialist | 0 ja | 0 nee | 0 n.v.t. |  |  |
| Anders, nl. | 0 ja | 0 nee | 0 n.v.t. |  |  |

|  |
| --- |
| **Toestemming voor aanmelding en onderzoek bij Testservice Zaanstreek Waterland en benodigde handtekeningen** |
| Ouder(s)/verzorger(s) van .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . geven toestemming voor:   * Aanmelding bij Testservice Zaanstreek Waterland (KLAARR). * Het uitvoeren van het . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . onderzoek. * Het opnemen van de persoonsgegevens van hun zoon/dochter in het (geautomatiseerde) systeem van KLAARR t.b.v. de orthopedagoog/psycholoog en de onder zijn/haar verantwoordelijkheid vallende medewerker(s).   (graag alle drie de regels aanvinken)  Naam ouder 1: Naam ouder 2:  ………………………………………… …………………………………………….  Handtekening ouder 1 Handtekening ouder 2  ………………………………………… ……………………………………………. |

**Uw ontvangt van ons nog:**

* Een bevestiging van de onderzoeksdatum.
* Informatie over het verloop van het onderzoek.
* Ouderbijlage.
* Een routebeschrijving.