

Let op: Indien de * gemarkeerde velden niet volledig zijn ingevuld, kunnen we het inschrijfformulier niet in behandeling nemen

Gegevens m.b.t. het kind:

Persoonsgegevens

BSN (burgerservicenummer)
 *Roepnaam
 *Voornamen voluit
 Voorvoegsel
 *Achternaam
 * Geboortedatum (dd-mm-jjjj) * Geslacht Jongen Meisje

Adresgegevens

* Straatnaam *Huisnummer Toevoeging:
 * Postcode*Woonplaats..... Adres geheim Ja Nee

Bereikbaarheid

Telefoon Thuis:
 Noodnummers wanneer ouders niet te bereiken zijn (oppas, bureu, werk, familie)
 Tel.nr.:..... van
 Tel.nr.:..... van
 Tel.nr.:..... van

Geboortegegevens

Geboorteland.....Geboorteplaats
 Nationaliteit Tweede Nationaliteit
 Indien niet geboren in Nederland, sinds wanneer in Nederland ?
 Thuis taal 1.....Thuis taal 2
 Gezindte

Gegevens peuterspeelzaal, kinderdagverblijf of vorige school

Naam.....
 Adres.....Postcode en Plaatsnaam
 Telefoonnummer.....Laatste groep
 Geeft u ons toestemming om gegevens bij de peuterspeelzaal/kinderdagverblijf of vorige school op te vragen?
 Ja Nee

Broertjes/zusjes:

1.geb.dat. Jongen Meisje
 2.geb.dat. Jongen Meisje
 3.geb.dat. Jongen Meisje
 3.geb.dat. Jongen Meisje

Overige gegevens

Is het kind onder behandeling van een specialist
 - oogarts Ja Nee
 - keel, neus, oorarts Ja Nee
 - anders, nl
 Heeft het kind begeleiding van bijv.
 - logopedist Ja Nee
 - fysiotherapeut Ja Nee
 - Jeugdzorg Ja Nee
 - anders, nl.
 Geeft u ons toestemming om de onderzoeksgegevens op te vragen? Ja Nee

Huisarts

Naam:.....Telefoonnummer.....
 Straatnaam.....
 Postcode en Woonplaats.....

Toestemming

Geeft u toestemming dat er foto's en/of films waar uw kind op staat gepubliceerd worden internet
 (website van de school, twitter) Ja Nee
 Geeft u toestemming voor controle op hoofdluis door andere ouder Ja Nee

Wilt u een kopie van een document waarop het Burgerservicenummer staat toevoegen

S.v.p. aankruisen	<input type="checkbox"/> Ouder 1/ <input type="checkbox"/> Verzorger 1/ <input type="checkbox"/> Voogd 1	<input type="checkbox"/> Ouder 2/ <input type="checkbox"/> Verzorger 2/ <input type="checkbox"/> Voogd 2
* Achternaam		
* Voorna(a)m(en)		
Geslacht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum		
* Geboorteland		
Nationaliteit		
Straatnaam Huisnummer		
Postcode + Plaatsnaam		
Telefoon thuis		
Mobiele telefoon		
Telefoon werk		
E-mail adres		
Beroep		
Vluchtelingenstatus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
* Relatie tot kind	* <input type="checkbox"/> Vader <input type="checkbox"/> Moeder <input type="checkbox"/> Voogd <input type="checkbox"/> Verzorger <input type="checkbox"/> Anders, namelijk	* <input type="checkbox"/> Vader <input type="checkbox"/> Moeder <input type="checkbox"/> Voogd <input type="checkbox"/> Verzorger <input type="checkbox"/> Anders, namelijk
Aansprakelijk verzorger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Behorend tot kerkelijke gemeente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Geregistreerd partnerschap <input type="checkbox"/> Ongehuwd	<input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Geregistreerd partnerschap <input type="checkbox"/> Ongehuwd
Indien gescheiden: Bij wie ligt het ouderlijk gezag	<input type="checkbox"/> Wanneer er sprake is van één ouder gezag, kopie van de gerechtelijke uitspraken toevoegen.	<input type="checkbox"/>

Gegevens m.b.t. de ouder/verzorger/voogd:

Deze ouderverklaring moet worden ondertekend door **beide** ouders.

Ondergetekenden verklaren dat dit formulier naar waarheid is ingevuld en gaan ermee akkoord dat de opleidingsgegevens eventueel worden gecontroleerd.

S.v.p. aankruisen	<input type="checkbox"/> Ouder 1/ <input type="checkbox"/> Verzorger 1/ <input type="checkbox"/> Voogd 1	<input type="checkbox"/> Ouder 2/ <input type="checkbox"/> Verzorger 2/ <input type="checkbox"/> Voogd 2
	Datum:.....Plaats.....	Datum:..... Plaats.....
	Handtekening.....	Handtekening.....