**AANMELDINGSFORMULIER**

|  |  |
| --- | --- |
| briefhoofs vso | **VSO de Heldring**  **Burgemeester Eliasstraat 20**  **1063EW Amsterdam**  **Tel : 020 – 4473583**  **Directie: T. Simsek / S.Valkenburg** |

Datum: ....................................................

School van herkomst:……………………………………..

**PERSOONSGEGEVENS LEERLING:**

Achternaam: ...........................................................................................

Voornamen: ...........................................................................................

Roepnaam: ...........................................................................................

Geslacht: m/v\*

Geboortedatum: .....................................

Geboorteplaats: …………………………………………………………

Burgerservicenummer (BSN): ………………………………………………………..

Land van herkomst: …………………………………………………..(indien van toepassing)

Sinds wanneer in Nederland: …………………………………………(indien van toepassing)

Land van herkomst ouder(s): ………………………………………………………..

………………………………………………………..

Huisarts: ……………………………………………………….

Verzekeringsmaatschappij ziektekosten: ………………………………………………

Persoonlijk polisnummer: ……………………………………………………………..

Nationaliteit 1: ...................................................................................

Nationaliteit 2: ...................................................................................

Culturele achtergrond/ godsdienst: ............................................................

Opmerkingen: …………………………………………………………………….

Adres: ..................................................................................................................

Huisnummer: ……………………………….. Huisnummer aanduiding: …………………………………

Postcode: .....................................................................................

Plaats:……………………………………………………………………………………..

Geheim adres: …………………………….Ja/ nee\*

Telefoonnummers: ……………………………………………………… Geheim ja/ nee\*

………………………………………………………..Geheim ja/ nee\*

E-mailadres: …………………………………………………………………………………….

Thuistaal: ………………………………………………….

School van herkomst: ……………………………………………………..

Tweede adres kind (indien er sprake is van co-ouderschap of wanneer uw kind bij een pleeggezin/ GVT woont)

Naam: ..................................................................................................................

Adres: ..................................................................................................................

Huisnummer: ……………………………….. Huisnummer aanduiding: …………………………………

Postcode: .................................................

**GEZINSGEGEVENS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Verzorger 1 (moeder)** | **Verzorger 2 (vader)** |
| Naam: | ....................................................... | ........................................................ |
|  |  |  |
| Geboortedatum: | ...................................................... | ........................................................ |
|  |  |  |
| Nationaliteit: | ....................................................... | ........................................................ |
|  |  |  |
| Opleiding: | ....................................................... | ........................................................ |
|  |  |  |
| Beroep: | ....................................................... | ........................................................ |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Gehuwd/ongehuwd: | ...................................................... | ........................................................ |
|  |  |  |
|  |  |  |

Heeft een van beide ouders / beide ouders de vluchtelingenstatus? ja/nee \*

Namen en geboortedata overige kinderen uit het gezin:

...................................................................................................................................

...................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

**BIJZONDERHEDEN:**

..................................................................................................................................

**MEDISCHE GEGEVENS:**

Is uw kind onder behandeling bij een medisch specialist? ja/nee \*

Zo ja, vermeld dan hieronder bij wie:

Specialist (vakgebied) : .....................................................................................................

Instelling (ziekenhuis): ........................................................................ tel.nr. ...................

Naam van specialist: ....................................................................... tel.nr. ...............….

Gebruikt uw kind medicijnen? ja/nee \*

Zo ja, welke? ………………………………………………………………………………………

Zijn er bezwaren tegen schoolzwemmen? ja/nee \*

Zo ja, waarom? .................................................................................................................

Krijgt uw kind nu fysiotherapie? ja/nee \*

Zo ja, van wie? .................................................................................................................

Krijgt uw kind nu logopedie? ja/nee \*

Zo ja, van wie? .................................................................................................................

**SOCIALE GEGEVENS:**

Heeft U contacten met Maatschappelijke Diensten, b.v. MEE ?……………………………..

Naam Maatschappelijk Werker / OKA ? ………………………………………………………………..

Telefoonnummer: ………………………………………………………………………………….

Datum laatste contact:……………………………………………………………………………..

Wilt u dit formulier ingevuld **inclusief 1 pasfoto** van uw kind opsturen naar:

VSO de Heldring

Burgemeester Eliasstraat 20,

1063 EW Amsterdam.

**Wilt u ook zo vriendelijk zijn om een kopie van uw paspoort in te leveren? Dit wordt na de inschrijving vernietigd.**



Alle gegevens door u of door anderen verstrekt, zullen met grote vertrouwelijkheid behandeld worden.

**VERKLARING**

Ondergetekende verklaart akkoord te gaan met het opvragen van gegevens bij

diverse instellingen t.b.v. dossiervorming door VSO de Heldring

Het betreft de volgende gegevens:

( ) rapportage oude school

( ) psychologische gegevens

( ) sociale gegevens/ maatschappelijk werk/ OKT

( ) therapeutische gegevens

( ) kinderpsychiatrische gegevens (Bascule)

Naam leerling:……………………………………………………………….

Geboortedatum leerling:……………………………………………………..

Handtekening ouder / voogd:………………………………………………...

Datum van invulling:…………………………………………………………

## briefhoofs vso

**Toestemmingsverklaring**

Voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van

logopedie.

Hierbij verklaart………………………………………………………………… (naam)

Ouders/verzorgers van………………………………………………………… (naam kind)

toestemming te geven aan de behandelend paramedicus voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van de behandeling bij:

* Huisarts/ specialist/ schoolarts
* Leerkracht van school
* Logopedie/fysiotherapie
* Maatschappelijk werk/ psycholoog
* Indien van toepassing: stichting MEE, Kentalis, Bascule of andere instanties

Daarnaast geeft u toestemming tot het afnemen van een screening/ onderzoek en het opnemen van deze verslaglegging in het schooldossier en de handelingsplanner.

* Ja
* Nee

Plaats: …………………………………………………….

Datum: …………………………………………………….

Handtekening: …………………………………………………….

*De verleende toestemming kan altijd schriftelijk door de betrokkenen worden ingetrokken.*