

Toestemmingsformulier

De ouder(s)/verzorger(s) van

Naam kind: _____

Geboortedatum: _____ O jongen O meisje

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

geven hierbij toestemming aan de psycholoog/orthopedagoog van het
OEC regio IJsselstein om informatie m.b.t. hun kind op te vragen bij:

Naam instelling _____

Adres _____

Naam contactpersoon _____

Naam instelling _____

Adres _____

Naam contactpersoon _____

Naam instelling _____

Adres _____

Naam contactpersoon _____

Ondertekening

Datum _____

Handtekening ouder/verzorger 1:

Datum _____

Handtekening ouder/verzorger 2:

Datum _____

Handtekening kind (indien 12 jaar en ouder):



OEC

ONDERWIJS EXPERTISE CENTRUM

REGIO IJSSELSTEIN