

## Toestemmingsformulier

Hierbij geven de ouders van:

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode + woonplaats: \_\_\_\_\_

BSN nummer \_\_\_\_\_

toestemming aan Dyslexie Instituut Drechtsteden voor het opvragen/verstrekken van informatie bij:

	Akkoord*	Niet Akkoord*
Basisschool: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VO school: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisarts/kinderarts: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*gelieve aan te kruisen wat van toepassing is.

Datum: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

Naam en handtekening beide ouders:

Naam	Handtekening
1.: _____	_____
2.: _____	_____

**Marijke Wiertsema**

Badweg 7 | 3312 AB Dordrecht | T 078 6313533 | M 06 23 89 5787  
m.wiertsema@obdordt.nl | dyslexieinstituutdrechtsteden.nl

Gz-psycholoog | BIG registratie 79052762325 | NVO Orthopedagoog Generalist 5957 | Psycholoog NIP 91508  
Registerpsycholoog NIP K&J | NKD aansluitnummer 17114 | AGBCode praktijk 94063356 | AGBCode  
Zorgverleners 94004285 | K.v.K. 23066320 | IBAN NL29 ABNA 0495581089