



Inschrijfformulier

Gegevens leerling

Achternaam:

Officiële Voorna(a)m(en):

.....

.....

Roepnaam:

Geboortedatum:

.....

..... ngen / isje

Geboorteplaats:

Nationaliteit:

.....

.....

Geboorteland:

Sofi-BSN-nummer:

.....

.....

Adres:

Postcode:

.....

.....

Woonplaats:

Emailadres:

.....

.....

Telefoonnummer thuis:

Telefoonnummer mobiel:

..... geheir

..... geheir

Gezinssituatie

- Is er sprake van een éénoudergezin? Ja Nee
- Indien ja: Welke ouder is de hoofdverzorger? Vader Moeder
- Is er sprake van een samengesteld gezin? Ja Nee
- Is er sprake van co-ouderschap? Ja Nee
- Uit hoeveel kinderen bestaat uw gezin?
- Welke leeftijden? jaar jaar jaar jaar
- jaar
- Is een van de volgende instanties betrokken bij uw gezin/kind?
 - Bureau jeugdzorg Wijkteam
 - Raad van de kindbescherming VTO-team
 - (school) Maatschappelijk werk

Schoolhistorie

Van welke school is de leerling afkomstig? Geen PSZ _____

Basisschool _____ te _____

Gegevens ouders/verzorgers

	Vader/Verzorger/Voogd1	Moeder/Verzorgster/Voogd2
Achternaam:
Voornamen:
Telefoon mobiel:
Telefoon werk:
Adres:

Geboortedatum:
Nationaliteit:
Geboorteland:
Beroep:
Hoogste opleiding:
Diploma behaald:	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar
	<input type="checkbox"/> Nee, indien nee, aantal jaren genoten onderwijs binnen de betreffende opleiding	<input type="checkbox"/> Nee, indien nee, aantal jaren genoten onderwijs binnen de betreffende opleiding
Naam van de school:
Plaats/land van de school

Wie kunnen wij in geval van nood bellen, als u niet te bereiken bent?

Naam	Relatie	Telefoonnummer
.....
...
.....
...

U bent ervan op de hoogte dat de school een zorgteam heeft en geeft toestemming uw kind, indien nodig, in het zorgteam te bespreken. Ja Nee

Vader /Verzorger /Voogd1	Moeder / Verzorgster / Voogd2
Handtekening:	Handtekening:
Datum:	Datum:

Betrokkenen verklaren met ondertekening het formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Medische gegevens

- Wie is uw huisarts
.....
- Is er sprake van vroeggeboorte? Ja Nee
- Is er sprake van bijzondere ziekten? Ja Nee
Zo ja, welke
.....
- Is er sprake van allergieën? Ja Nee
- Gebruikt uw kind medicijnen? Ja Nee
- Ziet uw kind goed? Ja Nee
- Hoort uw kind goed? Ja Nee
- Zijn er tijdens de eerste 4 jaar
gezondheidsproblemen voorgekomen? Ja Nee
Zo ja, graag een toelichting:
.....
.....
.....
- Is uw kind onder behandeling geweest van Ja Nee
een specialist? Zo ja welke: KNO-arts oogarts kinderarts logopedist
 fysiotherapeut psycholoog psychiater.....
- Is de behandeling afgerond? Ja Nee
Toelichting (waarvoor allergisch /welke medicijnen /gezondheidsproblemen etc.)
.....
.....
.....

Taalontwikkeling

- Spreekt u thuis Nederlands met uw kind? Ja Nee
Indien nee, welke taal spreekt u thuis?
- Spreekt uw kind verstaanbaar? Ja Nee
Heeft uw kind voorschools onderwijs genoten? Ja Nee
Zo ja, waar Hoeveel maanden?
- Komt er dyslexie in de familie voor? Ja Nee
Zo ja, bij wie?

Spelontwikkeling

- Kan uw kind alleen spelen? Ja Nee
- Speelt uw kind graag met anderen? Ja Nee

Interesses

- Kan uw kind aandachtig luisteren naar een verhaaltje? Ja Nee
- Is uw kind regelmatig bezig met letters, tellen en/of cijfers? Ja Nee
- Wat doet uw kind graag?

Bij buitenspelen:

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

Bij binnenspelen:

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

- Wat kijkt uw kind graag op tv:

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

Emotionele ontwikkeling

Kruis aan wat u in uw kind herkent:

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spontaan | <input type="checkbox"/> Opgewekt | <input type="checkbox"/> Belangstellend | <input type="checkbox"/> Driftig |
| <input type="checkbox"/> Sombor | <input type="checkbox"/> Zelfverzekerd | <input type="checkbox"/> Teruggetrokken | <input type="checkbox"/> Verlegen |
| <input type="checkbox"/> Aandachtvragend | <input type="checkbox"/> Jaloers | <input type="checkbox"/> Enthousiast | <input type="checkbox"/> Passief |
| <input type="checkbox"/> Overactief | <input type="checkbox"/> Vrolijk | <input type="checkbox"/> Gehoorzaam | <input type="checkbox"/> Rustig |
| <input type="checkbox"/> Behulpzaam | <input type="checkbox"/> Behulpzaam | <input type="checkbox"/> Gespannen | <input type="checkbox"/> |

Wat verwacht uw kind van school?

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

Overige opmerkingen

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