

Toestemmingsverklaring

Aanvraag dyslexiezorg

Om te bepalen of een kind in aanmerking komt voor de door de gemeente betaalde dyslexiezorg hebben we uitgebreide informatie nodig. Door het invullen van dit formulier verstrekt u (school en ouders) ons de benodigde informatie. De aanvraag bestaat uit drie onderdelen: de schoolvragenlijst (deel 1), de oudervragenlijst (deel 2) en de toestemmingsverklaring (deel 3). Op basis van deze informatie beoordeelt het Samenwerkingsverband Primair Onderwijs Amsterdam Diemen of een leerling in aanmerking komt voor diagnostiek ten aanzien van dyslexie.

Deel 3 – Toestemmingsverklaring

De school is verantwoordelijk voor het geven van goed onderwijs. Om dit goed uit te kunnen voeren heeft de school soms expertise van buiten de school nodig. Met dit formulier geeft u als ouder/wettelijk vertegenwoordiger van uw kind toestemming tot het verstrekken van informatie over uw kind aan derden. Deze informatie is van onderwijskundige of opvoedkundige aard en wordt door de ontvanger vertrouwelijk behandeld.

leerling	
naam kind	
geboortedatum	
<input type="checkbox"/> meisje	
<input type="checkbox"/> jongen	
geboorteland	
adres leerling	_____ straat _____ postcode _____ woonplaats
gezinsamenstelling	
bijzonderheden	<i>(in ieder geval bij scheiding: waar leerling woont en wie gezaghebbend is/zijn).</i>
school	
naam	
groep	
ouder(s)/verzorger(s)	
ouder (1)	_____ telefoonnummer _____ e-mailadres _____ adres
ouder (2)	_____ telefoonnummer _____ e-mailadres _____ adres
huisarts	
huisarts	_____ naam huisarts _____ naam praktijk _____ adres _____ telefoonnummer

Toestemmingsverklaring

Ondergetekende(n), ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger(s) van bovengenoemde leerling, geeft de bovengenoemde school toestemming tot het verstrekken van informatie aan derden, in verband met de aanvraag van dyslexiezorg.

Kruis aan wat van toepassing is

<input type="checkbox"/>	Ik ga akkoord met screening van het leerlingdossier door het Samenwerkingsverband Primair Onderwijs Amsterdam Diemen in verband met de aanvraag van dyslexiezorg.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Ik geef toestemming voor het ter beschikking stellen van de daarbij behorende relevante informatie aan het Samenwerkingsverband Primair Onderwijs Amsterdam Diemen, te weten:
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Ik geef toestemming voor diagnostiek ten aanzien van dyslexie door een gekozen (door de gemeente gecontracteerde aanbieder van) dyslexiezorg.
--------------------------	---

ouder/verzorger/voogd 1	<hr/>	<i>datum</i>
	<hr/>	<i>naam</i>
	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<i>handtekening</i>
ouder/verzorger/voogd 2	<hr/>	<i>datum</i>
	<hr/>	<i>naam</i>
	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<i>handtekening</i>