

Toestemmingsverklaring consultatie en advies

Hierbij geven de ouder(s)/ wettelijk vertegenwoordiger(s) van:

Naam leerling:

School:

Geboortedatum leerling:

Naam ouder/verzorger 1:

Naam ouder/verzorger 2:

Woonadres:

Telefoonnummer:

Mobiel nummer:

Toestemming

1. Aan de school voor het aanmelden van bovengenoemde leerling bij het Samenwerkingsverband PO Midden-Limburg (SWV) voor (aankruisen wat van toepassing is):
 - ☐ Consultatie en advies
 - ☐ Observatie
2. Aan de school en het SWV voor het intern uitwisselen en bespreken van persoonlijke gegevens, leergegevens en begeleidingsgegevens die van belang zijn voor het beantwoorden van de hulpvraag.
3. Aan de school voor het delen van informatie met het SWV van betrokken hulpverleningsinstanties en specialisten, maar alleen als die informatie nodig is (aankruisen wat van toepassing is).
 - ☐ Logopedie
 - ☐ Fysiotherapie/Ergotherapie (doorhalen wat niet van toepassing is)
 - ☐ CJG
 - ☐ GGD
 - ☐ Adelante/ Kentalis
 - ☐ Gespecialiseerde GGZ [_____]naam instelling invullen
 - ☐ Anders [_____]naam instelling/organisatie invullen

Handtekening ouders/verzorg(st)er/ wettelijk vertegenwoordiger 1*	Handtekening ouders/verzorg(st)er/ wettelijk vertegenwoordiger 2*
*Indien ouders gescheiden zijn en beiden gezag hebben, dienen beide ouders te tekenen.	*Indien ouders gescheiden zijn en beiden gezag hebben, dienen beide ouders te tekenen.
Datum:	Datum:
Mailadres:	Mailadres:
Mobiel telefoonnummer:	Mobiel telefoonnummer: