# INSCHRIJFFORMULIE CBS DE ARK MAARSBERGENSTRAAT 169 c 2546 SP DEN HAAG Email: [ark@scoh.nl](mailto:ark@scoh.nl)



# GEGEVENS LEERLING: Achternaam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voorvoegsels: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Roepnaam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voornamen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# BSN :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geslacht: M/V Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoon bij nood: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboorteplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboorteland: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Nationaliteit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geloof/gezindte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoon huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zorgverzekering: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Verzekeringsnr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Heeft uw kind de laatste 6 maanden ingeschreven gestaan op een andere basisschool? J/N Zo ja, welke school \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en in welke groep: \_\_\_\_\_ Heeft uw kind gedoubleerd: Ja/Nee Zo ja, in welke groep: \_\_\_\_\_

# 

**GEGEVENS OUDERS/VERZORGERS:**

**Ouder/verzorger 1  
Achternaam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voorvoegsels: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Voornaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adres (indien anders dan kind) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relatie tot kind: vader/moeder  
Telefoon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoon werk:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoon extra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Emailadres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Burgerlijke staat: gehuwd/gescheiden/samenwonend Eenoudergezin: J / N**

**Ouder/verzorger 2  
Achternaam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voorvoegsels: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Voornaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adres (indien anders dan kind) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Postcode en woonplaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relatie tot kind: vader/moeder  
Telefoon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoon werk:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoon extra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Emailadres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Burgerlijke staat: gehuwd/gescheiden/samenwonend Eenoudergezin: J / N**

**Aansprakelijke ouder/verzorger: 1 / 2 / beiden**

**Ouder/verzorger 1 Ouder/verzorger 2  
  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Geboorteland: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nationaliteit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Geloof/gezindte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
  
**Opmerkingen/bijzonderheden : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Heeft \_\_\_\_\_ broertje(s) Naam Broertjes(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Groep: \_\_\_\_**

**Heeft \_\_\_\_\_ zusje(s)** **Naam zusje(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Groep: \_\_\_\_**

**Plaats in het gezin: \_\_\_\_\_**

**Gebruikt uw kind medicijnen (op school): Ja/Nee**  
**Welke medicijnen en waarvoor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**Is er sprake van ADHD / diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# Indien recent uit het buitenland afkomstig, per wanneer in NL en uit welk land? Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beheerst uw kind de Nederlandse taal Ja/Nee**  
**Zo niet, welke taal spreekt uw kind: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Heeft uw kind extra ondersteuning nodig?**  **Ja/Nee**

**Heeft uw kind extra zorg nodig** **Ja, vanwege**   
**op de basisschool? Bijvoorbeeld 0 visuele beperking**  
**vanwege een visuele of auditieve 0 auditieve beperking**  
**beperking, een lichamelijke 0 lichamelijke beperking**  
**beperking, een ontwikkelingsstoornis 0 ontwikkelingsstoornis**  
**of medische zorg. Als u ‘ja’ invult, 0 medische zorg**  
**wordt u uitgenodigd voor een gesprek 0 anders, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**op school.**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ondergetekende verklaart dat hierboven vermelde gegevens naar waarheid zijn ingevuld. Tevens verklaart ondergetekende kennis te hebben genomen van de voorwaarden om toe te kunnen treden tot de medezeggenschapsraad.**

**Datum: Plaats: Handtekening:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**