# INSCHRIJFFORMULIECBS DE ARKMAARSBERGENSTRAAT 169 c 2546 SP DEN HAAG Email: 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:**

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