

**Toestemmingsformulier begeleiding kinderen tot 16 jaar.**

U wilt uw kind aanmelden bij onze praktijk. Wanneer een jeugdige jonger is dan 16 jaar dienen alle wettelijke vertegenwoordigers toestemming te geven voor deze hulp.

Dit betekent dus ook dat we, bijv. in geval van scheiding,  de hulp niet kunnen starten zonder dat er toestemming is van de andere gezaghebbende ouder.

Hiervoor vragen wij u dit formulier in te vullen en ondertekend te retourneren voor het intakegesprek.

Hierbij verlenen ondergetekenden (ouders/verzorgers), zijnde de wettelijke vertegenwoordiger(s) van:

Voornaam kind: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Achternaam kind: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toestemming aan praktijkverpleegkundige GGZ-jeugd voor het starten van begeleiding van hun kind.

Datum : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaatsnaam : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_

Naam ouder/verzorger 1:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam ouder/verzorger 2:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_