**TOESTEMMINGSVERKLARING**

**Deze verklaring is ingevuld door:**

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | Ouder |
| **[ ]**  | Voogd, van instelling:  |
| Naam met voorletters |  |
| Straatnaam en huisnummer |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |
| Ouders/verzorgers van |  |
| Geboortedatum van uw kind |  |
| BSN NUMMER |  |
| Naam school/groep  |  |

**Ondergetekende geeft hierbij toestemming voor:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Een observatie in de groep  |
| [ ]  | Het bespreken van mijn kind met deskundigen verbonden aan de school; leden van het ondersteuningsteam/basisteam |
| [ ]  | Betrokkenheid van POLD bij de begeleiding van mijn kind |
| [ ]  | Inzage in het dossier van mijn kind |
| [ ]  | Het verrichten van psychologisch onderzoek  |
| [ ]  | Het voeren van een gesprek met mijn kind |
| [ ]  | Het vastleggen van gegevens |
| [ ]  | Overig te weten: |

**en voor het opvragen van en/of het onderling uitwisselen van gegevens (mondeling of schriftelijk) door Passend onderwijs met:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Huidige school of voorschoolse voorziening |
| [ ]  | Betrokken organisaties voor jeugdgezondheidszorg en schoolmaatschappelijk werk (GGD/SMW/JEL/IVH/IOT) |
| [ ]  | Extern onderzoeksinstituut (bijv. GGZ/ Kentalis), te weten: |
| [ ]  | Logopedie/fysiotherapie, naam contactpersoon: |
| **[ ]**  | Overig te weten: |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam ouder / of voogd: | Naam kind: **(Indien kind 12 jaar of ouder is dient hij/zij eveneens toestemming te verlenen)**  |
| Handtekening | Handtekening |

*Op alle gegevens is de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) van toepassing*

Versie jan. 2022