



De Schovenhorst
primaïr
openbaar
onderwijs

AANVRAAGFORMULIER

Toestemming voor structurele behandeling/ therapie onder schooltijd.

Datum aanvraag : _____

Naam ouder/verzorger : _____

Adres : _____

Postcode en plaats : _____

Naam leerling : _____

Geboortedatum : _____

Groep : _____

Behandeling startdatum:
Dag(deel):
Tijdstip:
Tijdsduur behandeling:
Contactgegevens behandelaar:

Is er al contact geweest met directie en/of interne begeleiding? Ja / Nee
Heeft school toestemming om overleg te voeren met de behandelaar? Ja / Nee

Handtekening ouder/verzorger: _____

Akkoord wordt WEL / NIET gegeven.

Reden:

.....

.....

.....

.....

.....

Handtekening directie: _____