Deel 3 – Toestemmingsverklaring

Aanvraag dyslexiezorg

Om te bepalen of een kind in aanmerking komt voor de door de gemeente betaalde dyslexiezorg hebben we uitgebreide informatie nodig. Door het invullen van dit formulier verstrekt u (school en ouders) ons de benodigde informatie. De aanvraag bestaat uit drie onderdelen: de schoolvragenlijst (deel 1), de oudervragenlijst (deel 2) en de toestemmingsverklaring (deel 3). Op basis van deze informatie beoordeelt het Samenwerkingsverband Primair Onderwijs Amsterdam Diemen of een leerling in aanmerking komt voor diagnostiek ten aanzien van dyslexie.

*De school is verantwoordelijk voor het geven van goed onderwijs. Om dit goed uit te kunnen voeren heeft de school soms expertise van buiten de school nodig. Met dit formulier geeft u als ouder/wettelijk vertegenwoordiger van uw kind toestemming tot het verstrekken van informatie over uw kind aan derden. Deze informatie is van onderwijskundige of opvoedkundige aard en wordt door de ontvanger vertrouwelijk behandeld.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| leerling | | |  |
| naam kind |  | | |
| geboortedatum |  | | |
| meisje |  |  | |
| jongen |  |
| geboorteland |  | | |
| adres leerling |  | | *straat* |
|  | | *postcode* |
|  | | *woonplaats* |
| gezinssamenstelling |  | |  |
| bijzonderheden | *(in ieder geval bij scheiding: waar leerling woont en wie gezaghebbend is/zijn).* | | |
|  | | | |
| school | | | |
| naam |  | | |
| groep |  | | |
|  | | | |
| ouder(s)/verzorger(s) | | | |
| ouder (1) |  | | *telefoonnummer* |
|  | | *e-mailadres* |
|  | | *adres* |
| ouder (2) |  | | *telefoonnummer* |
|  | | *e-mailadres* |
|  | | *adres* |
| huisarts | | | |
| huisarts |  | | *naam huisarts* |
|  | | *naam praktijk* |
|  | | *adres* |
|  | | *telefoonnummer* |

*Kruis aan wat van toepassing is*

Ondergetekende(n), ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger(s) van bovengenoemde leerling, geeft de bovengenoemde school toestemming tot het verstrekken van informatie aan derden, in verband met de aanvraag van dyslexiezorg.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ik ga akkoord met screening van het leerlingdossier door het Samenwerkingsverband Primair Onderwijs Amsterdam Diemen in verband met de aanvraag van dyslexiezorg. |
|  |  |
|  | Ik geef toestemming voor het ter beschikking stellen van de daarbij behorende relevante informatie aan het Samenwerkingsverband Primair Onderwijs Amsterdam Diemen, te weten: |
|  |  |
|  | Ik geef toestemming voor diagnostiek ten aanzien van dyslexie door een gekozen (door de gemeente gecontracteerde aanbieder van) dyslexiezorg. |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ouder/verzorger/voogd 1 |  | *datum* |
|  | *naam* |
|  | *handtekening* |
| ouder/verzorger/voogd 2 |  | *datum* |
|  | *naam* |
|  | *handtekening* |