

Inschrijfformulier

Ondergetekende verzoekt middels het invullen van dit inschrijfformulier toelating van de vermelde leerling op OBS De Toermalijn.
(* = doorhalen wat **niet** van toepassing is)

Personalie leerling:

Achternaam : _____
 Voorvoegsel : _____
 Voorletters : _____
 Voornamen : _____
 Roepnaam : _____
 Geslacht : _____
 Geboortedatum : _____
 Geboorteplaats : _____

Geboorteland : _____
 Nationaliteit : _____
 Burgerservicnr. : _____
 Inschrijfdatum : _____
 Onderwijs sinds : _____
 Plaatsing in groep : _____
 Naam huisarts : _____
 Telefoonnr. : _____

Gegevens ouders/verzorgers:

Ouder/Verzorger 1

Naam : _____
 Tussenvoegsel : _____
 Voorletters : _____
 Voornaam : _____
 Adres : _____ no. _____
 PC + Plaats : _____
 Telefoon : _____
 Mobiel : _____
 E-mail : _____
 Geslacht : man/vrouw*
 Burgerlijke staat : _____
 Relatie tot kind : _____
 (bijv. vader/moeder/voogd)
 Geboortedatum : _____
 Geboorteplaats : _____
 Geboorteland : _____
 Nationaliteit : _____
 Eén ouder gezin ja/nee*
 Plaats van het kind in het gezin: 1^e, 2^e, 3^e, kind
 Vluchtelingen status ja/nee*

Ouder/Verzorger 2

Naam : _____
 Tussenvoegsel : _____
 Voorletters : _____
 Voornaam : _____
 Adres : _____ no. _____
 PC + Plaats : _____
 Telefoon : _____
 Mobiel : _____
 E-mail : _____
 Geslacht : man/vrouw*
 Burgerlijke staat : _____
 Relatie tot kind : _____
 Geboortedatum : _____
 Geboorteplaats : _____
 Geboorteland : _____
 Nationaliteit : _____
 Ouderlijk gezag ja/nee*
 Sinds wanneer in Nederland:

Gegevens school van herkomst:

Naam : _____
 Gemeente : _____
 Soort school : _____

Groep : _____
 Leerkracht : _____
 Schoolloopbaan : _____

Zijn er speciale aandachtspunten (bijv. dieet, medicijngebruik¹, allergie)

¹ Bij medicijngebruik zie bijgevoegd formulier.



openbare basisschool

De Toermalijn

Is één van de ouders geboren in:

- Griekenland, Italië, voormalig Joegoslavië, Spanje, Portugal, Kaapverdië, Marokko, Turkije, Tunesië ja/nee*
- Suriname, Nederlandse Antillen, Aruba ja/nee*
- Een niet-engelstalig land buiten Europa, niet zijnde Indonesië ja/nee*
- Behoort de leerling tot de Molukse bevolkingsgroep ja/nee*
- Is één der ouders in Nederland als vluchteling toegelaten op grond van Artikel 15 van de Vreemdelingenwet ja/nee*
- Oefent één der ouders het schippersbedrijf uit of heeft hij/zij dit gedaan én verblijft de leerling in een pleeggezin of internaat. ja/nee*
- Leiden de ouders een trekkend bestaan, als bedoeld in het Besluit trekkende Bevolking WBO (Stb. 1985, 465). ja/nee*

Indien afwijkend of toekomstig adres:

Adres : _____ no. ____
 PC + Plaats : _____
 Gemeente : _____
 Provincie : _____
 Land : _____
 Telefoon : _____
 E-mail : _____

Noodnummer:

Naam noodadres : _____
 Tel. noodadres : _____
 Relatie tot kind : _____
 Naam noodadres : _____
 Tel. noodadres : _____
 Relatie tot kind : _____

Indien uw kind 6 jaar of jonger is, heeft uw kind een peuterspeelzaal, crèche of kinderdagverblijf bezocht?

ja/nee*

Naam peuterspeelzaal: : _____ Naam crèche : _____

Naam kinderdagverblijf: _____

Heeft uw zoon/dochter extra begeleiding gekregen m.b.v. het VVE programma? ja/nee*

Zo ja, naam VVE voorziening : _____

Voor welke periode heeft uw zoon/dochter hieraan meegedaan? : _____

Plaats : _____

Datum : _____

Naar waarheid ingevuld

Handtekening ouder/verzorger 1:

Naar waarheid ingevuld

Handtekening ouder/verzorger 2:

Overeenkomst gebruik geneesmiddelen

Hierbij geeft (naam ouder/verzorger) : _____

Ouder/verzorgen van (naam kind) : _____

Geboortedatum : _____

Toestemming om zijn/haar kind tijdens het verblijf op school het hierna genoemde geneesmiddel toe te dienen.

Naam geneesmiddel : _____

Het geneesmiddel dient te worden verstrekt van:

_____ (begindatum) tot _____ (einddatum)

Dosering : _____

Tijdstip van inname : _____

Bijzondere aanwijzingen : _____
(bijv. na de maaltijd/niet met melk)

Wijze van toediening : _____
(bijv. oraal, via neus)

Het geneesmiddel dient bewaard te worden op de volgende plaats

koelkast / afgesloten kast of

: _____

Telefoonnummer ouder(s) : _____

Telefoonnummer huisarts : _____

Telefoonnummer apotheek : _____

Deze verklaring geldt tot uiterlijk: 1 oktober volgend schooljaar

Plaats en datum : _____

Voor akkoord handtekening ouder/verzorger: