



## De Regenboog Kortenhoeft

### Gegevens leerling:

Achternaam :

Voornamen :

Geslacht :  M /  V

Geboortedatum :

Geboorteplaats :

Geboorteland :

Datum in Nederland :

Burgerservicnr. :

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

Telefoonnummer : geheim nr.  ja  nee

Eerste nationaliteit :

Tweede nationaliteit: *(indien van toepassing)*

Naam Peuterspeelzaal:

VVE programma gevolgd:  ja  nee

(VVE=Voorschoolse Vroegtijdige Educatie)

### Gegevens vorige school (indien van toepassing)

Schoolnaam :

Plaats :

Telefoonnummer :

Onderwijs sinds :

Leerjaar bij instroming:

Naam groepsleerkracht:

### Verklaring (indien van toepassing)

Ondergetekende verklaart dat (naam leerling)

De afgelopen zes maanden voorafgaand aan deze inschrijving niet op een andere school stond ingeschreven

Voor het eerst op een school wordt ingeschreven

Gegevens eerste verzorger: \_\_\_\_\_

Gegevens tweede verzorger: \_\_\_\_\_

*Hier bedoelen we diegenen die verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse verzorging van de leerling*

<p>Achternaam: Voorletters: Geslacht: M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Relatie tot het kind: Gezag over het kind: ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> Adres<sup>1</sup>: Huisnummer: Postcode<sup>1</sup>: Woonplaats<sup>1</sup>: Telefoon<sup>1</sup> geheim: ja <input type="checkbox"/> Mobiele telefoon: E-mailadres: Geboorteland: Telefoonnummer werk: <sup>1</sup> Alleen invullen als het afwijkt van de gegevens van de leerling</p>	<p><i>Ook in te vullen als er sprake is van co-ouderschap</i> Achternaam: Voorletters: Geslacht: M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Relatie tot het kind: Gezag over het kind : ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> Adres<sup>2</sup>: Huisnummer: Postcode<sup>2</sup>: Woonplaats<sup>2</sup>: Telefoon<sup>2</sup> geheim: ja <input type="checkbox"/> Mobiele telefoon: E-mailadres: Geboorteland: Telefoonnummer werk: <sup>2</sup> Alleen invullen als het afwijkt van de gegevens van de leerling</p>
--	--

<p>Totaal aantal kinderen in het gezin: Plaats in het gezin: Taal die thuis gevoerd wordt: Huisarts: Medicijngebruik: ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> Indien ja, welke?</p>	<p>Allergie: Producten die het kind niet mag: Noodnummer: Naam noodnummer: Eventuele opmerkingen over het gezin:</p>
--	--

Ondergetekende verklaart dat dit formulier naar waarheid is ingevuld:

Naam: \_

Naam:

Datum:

Datum:

**Handtekening** ouder/verzorger/voogd 1

**Handtekening** ouder/verzorger/voogd 2

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_