

Inschrijfformulier

Naam kind bsn nummer kind		
Geboortedatum (Verwachte)		
Naam ouders bsn nummer ouders	Moeder	Vader
Adres: straat + huisnummer postcode woonplaats	(indien afwijkend)	
E-mail		
Telefoonnummer	Thuis : Mobiel :	Thuis : Mobiel :
werkgegevens	Werk : Tel :	Werk : Tel :
Gezinssamenstelling		
Afkomst	<input type="checkbox"/> Nederlandse <input type="checkbox"/> Marokkaanse <input type="checkbox"/> Turkse <input type="checkbox"/> Surinaamse <input type="checkbox"/> Antilliaanse <input type="checkbox"/> Portugese <input type="checkbox"/> Overige nationaliteit.....	
Welke taal wordt er thuis gesproken?		
Naam ziekteverzekering		Nr.
Naam Huisarts		Tel:
Gaat uw kind naar het consultatiebureau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee	Wordt uw kind gevaccineerd?
Mag uw kind op beschermde facebook?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee	

Welke dagen wilt u uw kind plaatsen? (*aan vinken wat van toepassing is)	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewenste ingangsdatum?					
Allergieën					
Mag uw kind alles eten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, hij/zij mag geen:				
Heeft u nog iets toe te voegen dan willen wij dat graag weten?					
Hoe bent u bij ons terecht gekomen?					
Waarom heeft u voor ons gekozen?					
Handtekening ouders/verzorgers					Datum