

**Aanmelding-registratie formulier**

**Gegevens over het kind**

|  |
| --- |
| Burgerservicenummer (sofi-nummer)[[1]](#endnote-1): |
| Familienaam: |
| Voorvoegsel: |
| Roepnaam: |
| Voornamen (voluit): |
| Geslacht: man/vrouw |
| Geboortedatum: |
| Adres: |
| Postcode: |
| Woonplaats: |
| Gemeente: |
| Nationaliteit |
| Geboorteplaats |
| Geboorteland |
| Gezindte/godsdienst Gedoopt: ja/nee |
|  |
| Reeds geplaatst broer/zus In groep |
|  |
| Bezoek peuterspeelzaal of kinderdagverblijf: ja/nee |
| Naam en adres peuterspeelzaal/kinderdagverblijf: |
|  |
| **Aanmelding Kinderdagverblijf KC de Matrix:** ja/nee |
| Gewenste plaatsingsdatum: : (dd-mm-jjjj)  (vanaf 10 weken) |
| Voorkeur dagdelen:  Maandag 0 ochtend 0 middag  Dinsdag 0 ochtend 0 middag  Woensdag 0 ochtend 0 middag  Donderdag 0 ochtend 0 middag  Vrijdag 0 ochtend 0 middag |
|  |
| **Aanmelding Peuterarrangement** ja/nee |
| Gewenste plaatsingsdatum: (dd-mm-jjjj)  (vanaf 2,5 jaar) |
| Dagdelen:   1. Dinsdagochtend en Donderdagochtend |
| **Indien van toepassing** |
| Vorige school: |
| Telefoon vorige school: |
| Huidige groep: |
| Groepsverloop: 1-1-2-2-3-3-4-4-5-5-6-6-7-7-8-8 |
| Onderwijs sinds: |
|  |
| **Plaatsingsdatum school:** |
|  |
| **Gewenst soort opvang**: BSO (buitenschoolse opvang) TSO (tussenschoolse opvang) |
| O BSO schoolweken plaats |
| O BSO vakantieweken plaats |
| O BSO combinatieplaats (school- + vakantieweken) |
| Gewenste locatie: 0 Kindcentrum De Matrix (4 tot 8 jaar)  0 Sport en Jeugdcluster (4-12 jaar) |
| Gewenste dagdelen BSO |
| Voorschools (7.30 uur tot 8.30 uur): O ma O di O wo O do O vrij  Middag (tot 18.30 uur): O ma O di O wo O do O vrij |
| O TSO |
| Gewenste dagdelen TSO: O ma O di O do |
| Eventuele opmerkingen |

**Naast dit aanmeldingsformulier ontvangen wij graag een kopie van het officieel document van de belastingdienst waar het burgerservicenummer (sofi-nummer) van uw kind op vermeld staat. Een kopie van een eigen identiteitskaart van uw kind, of een eigen paspoort van uw kind, of een uittreksel uit het bevolkingsregister waar het burgerservicenummer op vermeld staat, mag ook.**

**Gegevens over de ouders/verzorgers/voogd**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ouder/verzorger/voogd (1)** | **Ouder/verzorger/voogd (2)** |
| Achternaam: | Achternaam: |
| Voorvoegsel: | Voorvoegsel: |
| Voorletters: | Voorletters: |
| Voornaam: | Voornaam: |
| Burgerservicenummer: | Burgerservicenummer: |
| Adres: | Adres: |
| Postcode: | Postcode: |
| Woonplaats: | Woonplaats: |
| Gemeente: | Gemeente: |
| Telefoonnummer privé: | Telefoonnummer privé: |
| Geheim: ja/nee | Geheim: ja/nee |
| Telefoon werk: | Telefoon werk: |
| Mobiel nummer: | Mobiel nummer: |
| Burgerlijke staat: | Burgerlijke staat: |
| Extra tel. nummer: | Extra tel. nummer: |
| Relatie tot kind: | Relatie tot kind: |
| Geboortedatum: | Geboortedatum: |
| Geboorteland: | Geboorteland: |
| Nationaliteit: | Nationaliteit: |
| Hoogste opleiding: | Hoogste opleiding: |
| Diploma behaald: ja/nee | Diploma behaald: ja/nee |
| Indien nee, het aantal jaren  van de opleiding: | Indien nee, het aantal jaren  van de opleiding: |
| Beroep: | Beroep: |
| E-mailadres | E-mailadres |

|  |
| --- |
| Is er sprake van een eenoudergezin?: ja/nee |
| Meest verdienende verzorger: 1/2 |
| Vluchtelingenstatus: ja/nee |
| Huisarts: |
| Telefoonnummer huisarts: |
| WA–verzekering: ja/nee |
| Naam Zorgverzekeraar en polisnummer |

**Foto’s website**

|  |
| --- |
| Kindcentrum de Matrix heeft een eigen website: [www.kcdematrix.nl](http://www.kcdematrix.nl). Deze wordt verlevendigd met foto’s van activiteiten/kinderen.  Ik maak wel/geen bezwaar tegen het plaatsen van foto’s van mijn kind op deze site. |
| Opmerkingen |

Ondergetekende verklaart dat dit formulier naar waarheid is ingevuld en gaat er mee akkoord dat de gegevens eventueel worden gecontroleerd.

Ouder/verzorger/voogd (1) Ouder/verzorger/voogd (2)

Datum------------------------------- Datum----------------------------

Handtekening---------------------- Handtekening-------------------

1. Versie December 2021

   Kraanvogellaan 4, 5221 GB ’s-Hertogenbosch, 073-8519990, [info@kcdematrix.nl](mailto:info@kcdematrix.nl)

   **UW KIND WORDT ZIEK OP SCHOOL/MEDISCHE INFO.**

   **Verklaring toestemming tot handelwijze voor als het kind ziek wordt op school.**

   Het kan voorkomen dat uw kind gezond naar het Kindcentrum gaat en gedurende de dag ziek wordt, zich verwondt, door een insect wordt geprikt of iets dergelijks. In zo’n geval zullen de BHV-ers van het kindcentruml optreden zoals van een BHV-er/EHBO-er verwacht mag worden. Bij ziekte wordt contact opgenomen met de ouders, verzorgers of met een andere, door hen aangewezen, persoon. Een enkele keer komt het voor dat deze personen niet te bereiken zijn. Als deze situatie zich voordoet, zal de leraar/gebeleider tezamen met BHV-er/EHBO-er en MT bespreken of er bijvoorbeeld een arts geconsulteerd moet worden.

   Het is voor ons dan ook van wezenlijk belang om te weten hoe we u kunnen bereiken en of er medische zaken zijn waarmee rekening gehouden moet worden. Vandaar dit formulier.

   Ondergetekende gaat akkoord met bovengenoemde handelwijze ten behoeve van:

   |  |  |
   | --- | --- |
   | Naam van het kind |  |
   | Geboortedatum |  |
   | Naam toestemming gevende ouder |  |
   | Telefoon thuis |  |
   | Telefoon werk vader |  |
   | Telefoon werk moeder |  |
   | GSM Vader |  |
   | GSM Moeder |  |
   | Naam huisarts |  |
   | Telefoon huisarts |  |
   | Te waarschuwen persoon, indien ouder(s)/verzorger(s) niet te bereiken zijn | |
   | Naam |  |
   | Relatie tot kind (oma, tante e.d) |  |
   | Telefoon |  |

   **G D**

   Mijn kind gebruikt:

   **[ ]** MEDICIJNEN: naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   Mijn kind is overgevoelig voor de volgende zaken:

   **[ ]** ONTSMETTINGSMIDDELEN: naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   **[ ]** SMEERSELTJES tegen bijvoorbeeld insectenbeten: naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   **[ ]** PLEISTERS: naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   **[ ]** OVERIG: naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   Ruimte voor zaken die hierboven niet genoemd zijn:

   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   |  |  |
   | --- | --- |
   | Datum | Handtekening |
   |  |  |

   Wilt u eventuele veranderingen zo spoedig mogelijk doorgeven aan de directie van het Kindcentrum? Het is zeer belangrijk dat deze gegevens actueel zijn.

   **Toestemmingsverklaring tot het verstrekken van medicijnen op verzoek**

   Ondergetekende geeft toestemming dat het kind tijdens aanwezigheid zelf medicatie inneemt:

   |  |  |
   | --- | --- |
   | Naam van het kind |  |
   | Naam toestemming gevende ouder |  |
   | De medicatie is nodig voor |  |
   | Naam medicijnen |  |

   Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

   |  |  |
   | --- | --- |
   | Naam van het kind |  |
   | Geboortedatum |  |
   | Naam toestemming gevende ouder |  |
   | Telefoon thuis |  |
   | Telefoon werk vader |  |
   | Telefoon werk moeder |  |
   | GSM Vader |  |
   | GSM Moeder |  |
   | Naam huisarts |  |
   | Telefoon huisarts |  |
   | Naam specialist |  |
   | Telefoon specialist |  |
   | De medicatie is nodig voor |  |
   | Naam medicijnen |  |
   | Toediening op onderstaande tijden |  |
   | \_\_\_ uur | \_\_\_ uur |
   | \_\_\_ uur | \_\_\_ uur |
   | Medicijnen toedienen in de volgende situaties |  |
   | Dosering |  |
   | Wijze van toediening |  |
   | Wijze van bewaren |  |
   | Controle vervaldatum door (naam) |  |
   | Controle vervaldatum op (datum) |  |

   MEDICIJNINSTRUCTIE: Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op (datum)

   |  |  |
   | --- | --- |
   | Medicijninstructie gegeven op |  |
   | Door (naam) |  |
   | Functie |  |
   | Van instelling |  |
   | Aan (naam) |  |
   | Functie |  |

   Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de collega die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de genoemde medicijnen:

   |  |  |
   | --- | --- |
   | Datum | Handtekening |
   |  |  |

   **Toestemmingsverklaring tot het uitvoeren van medische handelingen**

   Ondergetekende geeft toestemming voor uitvoering van de zogen. ‘medische handeling’ op school bij:

   |  |  |
   | --- | --- |
   | Naam van het kind |  |
   | Geboortedatum |  |
   | Naam toestemming gevende ouder |  |
   | Telefoon thuis |  |
   | Telefoon werk vader |  |
   | Telefoon werk moeder |  |
   | GSM Vader |  |
   | GSM Moeder |  |
   | Naam huisarts |  |
   | Telefoon huisarts |  |
   | Naam specialist |  |
   | Telefoon specialist |  |
   | De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte | |
   | Naam medicijnen |  |
   | Beschrijving van de ziekte waarvoor medische handeling op school noodzakelijk is | |
   |  | |
   | Omschrijving van de medische handeling | |
   |  | |
   | De medische handeling moet plaatsvinden op de volgende tijdstippen | |
   |  | |
   | De medische handeling moet plaatsvinden in de volgende situatie | |
   |  | |
   | De medische handeling moet plaatsvinden op de volgende manier | |
   |  | |
   | Extra opmerkingen | |
   |  | |
   | Bekwaamheidsverklaring aanwezig | Ja/neen.  Bij neen is de school -niet akkoord- met het verzoek van de ouders. |

   **INSTRUCTIE, CONTROLE MEDISCH HANDELEN**

   |  |  |
   | --- | --- |
   | Naam van het kind |  |
   | Instructie gegeven door (naam) |  |
   | Functie |  |
   | Van (instelling) |  |
   | Op (datum) |  |
   | Aan (naam) |  |
   | Functie |  |
   | Ondertekening akkoord instructiegever | |
   |  | |

   **VERKLARING BEKWAAM UITVOEREN VAN MEDISCHE HANDELINGEN**

   Ondergetekende, bevoegd tot het uitvoeren van de hieronder beschreven handeling verklaart dat

   |  |  |
   | --- | --- |
   | Naam (personeelslid) |  |
   | Functie |  |
   | in staat is bovengenoemde handeling bekwaam uit te voeren. De handeling moet worden uitgevoerd ten behoeve van | |
   | Naam leerling |  |
   | Geboortedatum |  |
   | Omschrijving van de handeling | |
   |  | |
   | Het uitvoeren van de handeling is voor de leerling noodzakelijk wegens: | |
   |  | |
   | De medische handeling moet plaatsvinden op de volgende tijdstippen | |
   |  | |
   | De medische handeling moet plaatsvinden in de volgende situatie | |
   |  | |
   | De medische handeling moet plaatsvinden op de volgende manier | |
   |  | |
   | Naam |  |
   | Functie |  |
   | Ondertekening voor akkoord door arts/verpleegkundige welke de bekwaamheidsverklaring uitreikt | |
   |  | |
   | Ondertekening door ouder (voor akkoord met het verrichten van de medische handeling door het daartoe bekwaam bevonden personeelslid) | |
   |  | |

   [↑](#endnote-ref-1)