|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Persoonlijke gegevens van uw kind | | | | |
| Naam | |  | | |
| Geboortedatum | |  | | |
| Adres | |  | | |
| Postcode | |  | | |
| Woonplaats | |  | | |
| Telefoon thuis | |  | | |
| Telefoon mobiel | |  | | |
| E-mail adres | |  | | |
| Huisarts en verzekering | | | | |
| Huisarts | |  | | |
| Adres | |  | | |
| Postcode en plaats | |  | | |
| Telefoon nummer | |  | | |
| Waar en hoe is uw kind ziektekostenverzekerd? | |  | | |
| Verzekerdenummer | |  | | |
| Persoonlijke gegevens van het gezin | | | | |
| Naam vader | |  | | |
| Vooropleiding en beroep vader | |  | | |
| Naam moeder | |  | | |
| Vooropleiding en beroep moeder | |  | | |
| Broertjes en zusjes (geboortedatum) | |  | | |
| Religie | |  | | |
| Indien er sprake is van gedeelde voogdij is de andere ouder op de hoogte? | |  | | |
| Bijzonderheden ten aanzien van de gezinssituatie: samengesteld gezin, adoptie, anders namelijk: | |  | | |
|  | | | | |
| Gegevens school | | | | |
| Naam |  | Groep/ Klas | |  |
| Adres |  | | | |
| Postcode en plaats |  | Telefoonnummer |  | |
| Naam leerkracht(en) |  | E-mail adres leerkracht(en) |  | |
| Naam intern begeleider |  | E-mail adres  intern begeleider |  | |
| |  |  | | --- | --- | | Eerdere hulpverlening | | | Heeft u ooit eerder hulp gezocht voor emotionele, gedrags of leerproblemen van uw kind? | Ja  Nee | | Zo ja, waar? |  | | Wat waren de problemen toen? |  | | Is uw kind op dit moment onder behandeling bij een andere hulpverlener of specialist? | Ja  Nee | | Zo ja waar? |  | | Zijn er verslagen van eerdere behandeling, onderzoek of een intelligentietest? | Ja  Nee | | *Zo ja, graag kopieën meenemen voor het intakegesprek of meesturen met dit aanmeldformulier.* | |  |  |  | | --- | --- | | Hulpvraag | | | Geef een omschrijving van de klachten. |  | | Met welke hulpvraag meld u uw kind aan? |  | | Wanneer (en evt. waardoor) is dit probleem/ deze klacht ontstaan? |  | | | | | | |
| Beeldende Kindertherapie | | | | |
| Hoe bent u er toe gekomen om te kiezen voor beeldende therapie? | |  | | |
| Wat verwacht u van de therapie? | |  | | |
| Welke doelen wenst u te behalen? | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ondertekening | | | |
| Datum |  | Ingevuld door |  |