

INSCHRIFFFORMULIER VOOR KDV BSO

Naam ouders

Vader : _____ Geb. datum : _____
 Burger Service Nummer : _____
 Moeder : _____ Geb. datum : _____
 Burger Service Nummer : _____



Betalende Ouder i.v.m. de Belastingdienst:

Gegevens van uw kind(eren)

Inenting v/h kind : **Zijn de kind(deren) ingeënt tegen BMR & DKTP ??**

JA	NEE
----	-----

Naam school v/h kind : _____

Naam van het kind	: _____	Geb. datum	: _____	Uren p/m* :	_____
Burger Service Nummer	: _____	Jongen <input type="checkbox"/>	Meisje <input type="checkbox"/>		
Naam van het kind	: _____	Geb. datum	: _____	Uren p/m* :	_____
Burger Service Nummer	: _____	Jongen <input type="checkbox"/>	Meisje <input type="checkbox"/>		
Naam van het kind	: _____	Geb. datum	: _____	Uren p/m* :	_____
Burger Service Nummer	: _____	Jongen <input type="checkbox"/>	Meisje <input type="checkbox"/>		
Naam van het kind	: _____	Geb. datum	: _____	Uren p/m* :	_____
Burger Service Nummer	: _____	Jongen <input type="checkbox"/>	Meisje <input type="checkbox"/>		

Adres : _____ Vast Tel. Nr. : _____
 Postcode : _____ Mob. Tel. Moeder : _____
 Woonplaats : _____ Mob. Tel. Vader : _____

Telefoon werk vader : Vast Telefoon Nr. : _____
 : Mob. Telefoon Nr. : _____
 Telefoon werk moeder : Vast Telefoon Nr. : _____
 : Mob. Telefoon Nr. : _____

Email Adres : _____

Huisarts

Naam : _____ Vast Tel. Nr. : _____
 Adres : _____ Tel. Spoed : _____ +
 Woonplaats : _____

Tandarts

Naam : _____ Vast Tel. Nr. : _____
 Adres : _____
 Woonplaats : _____

Eventueel noodadres

Naam : _____ Vast Tel. Nr. : _____
 Adres : _____ Mob. Tel. Nood : _____
 Woonplaats : _____ Mob. Tel. Nood : _____

Vaste dagen Hieronder vermelden aub Flexibel

Ingangsdatum : _____

			Van		Tot
<input type="checkbox"/> Maandag	Tijden	:	_____		_____
<input type="checkbox"/> Dinsdag	Tijden	:	_____		_____
<input type="checkbox"/> Woensdag	Tijden	:	_____		_____
<input type="checkbox"/> Donderdag	Tijden	:	_____		_____
<input type="checkbox"/> Vrijdag	Tijden	:	_____		_____

Z.O.Z. Bijzonderheden

INSCHRIJFFORMULIER VOOR KDV BSO

Bijzonderheden: (Alergie, Dieet, etc.)

Datum:

Handtekening Ouder/Verzorger