



## ***Toestemmingsverklaring contact onderwijsinstelling***

Hierbij geef ik (naam ouder) .....  
toestemming aan Praktijk Blink om overleg te hebben met leerkracht / Intern Begeleider /  
zorgcoördinator(naam).....  
van (naam onderwijsinstelling).....  
in het kader van de begeleiding aan (naam kind).....

Van het besprokene wordt een korte schriftelijke terugkoppeling gegeven aan ouders/ verzorgers via e-mail.

Naam ouder:.....

Plaats:.....

Datum:.....

Formulier printen, ondertekenen en retourneren aan Praktijk Blink (op papier of als scan per mail).

*Laat je kind weer sprankelen!*

KINDERCOACHING, OPVOEDCOACHING & LEERBEGELEIDING

**Praktijk Blink**

(06) 133 581 87

info@praktijkblink.nl

www.praktijkblink.nl

IBAN NL88 KNAB 0256717745

KvK nr 69839700

BTW NL 0014.05.880.B27