



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 & LEEBEGELEIDING

Praktijk Blink

(06) 133 581 87

info@praktijkblink.nl

www.praktijkblink.nl

IBAN NL88 KNAB 0256717745

KvK nr 69839700

BTW NL 1037.63.910.B01

PRAKTIJK
Blink.

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 1037.63.910.B01