**Toestemmingsformulier uitwisseling gegevens ten behoeve van een HIA-gesprek**

De ouder(s)/wettige vertegenwoordiger(s) van:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam kind: |  |
| Adres: |  |
| Postcode / Plaats: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Telefoonnummer ouders: |  |
| e-mail ouders: |  |

geeft/ geven hierbij toestemming aan het samenwerkingsverband RiBA om

* gegevens over mijn kind op te vragen bij onderstaande externen
* gegevens over mijn kind te delen met onderstaande externen

School van mijn kind

Andere betrokken school; intern begeleider en directie van ……………………..…… (*naam school)*

Wijkteam

Jeugdarts en/ of jeugdverpleegkundige van het Centrum Jeugd & Gezin

Behandelend logopedist, namelijk ………………………………….…………………………(*naam logopedist)*

Behandelend fysiotherapeut, namelijk ……………………………………….………(*naam fysiotherapeut)*

Anders, namelijk:

……………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………….

*Het uitwisselen van gegevens betreft uitsluitend noodzakelijk relevante informatie ten behoeve van een HIA-gesprek. Het uitwisselen van gegevens zal telefonisch of online via een beveiligde omgeving (Kindkans) plaatsvinden. Op de website van RiBA kunt u het uitgebreide privacyreglement van RiBA inzien. De toestemming kan te allen tijde ingetrokken worden. Verzoeken hiertoe worden afgehandeld volgens de regels van de AVG.*

Plaats : ............................................................................................................

Datum : ..….. - ….... - ….........

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam ouder / bevoegd gezag** | **Naam ouder /bevoegd gezag** |
|  |  |
| **Handtekening:** | **Handtekening:** |
|  |  |

Indien gezag bij **beide ouders** berust, **moeten** beide ouders tekenen