

# INSCHRIJFFORMULIER VOOR 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

				Contract:	
Naam van het kind	: _____	Geb. datum	: _____	51 Wk <input type="checkbox"/>	48 Wk <input type="checkbox"/>
Burger Service Nummer	: _____	Jongen <input type="checkbox"/>	Meisje <input type="checkbox"/>	240 uur p/j Flex	<input type="checkbox"/>
Naam van het kind	: _____	Geb. datum	: _____	51 Wk <input type="checkbox"/>	48 Wk <input type="checkbox"/>
Burger Service Nummer	: _____	Jongen <input type="checkbox"/>	Meisje <input type="checkbox"/>	240 uur p/j Flex	<input type="checkbox"/>
Naam van het kind	: _____	Geb. datum	: _____	51 Wk <input type="checkbox"/>	48 Wk <input type="checkbox"/>
Burger Service Nummer	: _____	Jongen <input type="checkbox"/>	Meisje <input type="checkbox"/>	240 uur p/j Flex	<input type="checkbox"/>
Naam van het kind	: _____	Geb. datum	: _____	51 Wk <input type="checkbox"/>	48 Wk <input type="checkbox"/>
Burger Service Nummer	: _____	Jongen <input type="checkbox"/>	Meisje <input type="checkbox"/>	240 uur p/j Flex	<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 vader : \_\_\_\_\_  
Email Adres moeder : \_\_\_\_\_

## 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 : \_\_\_\_\_

Z.O.Z.

# INSCHRIJFFORMULIER VOOR BSO

Vaste dagen *Hieronder vermelden aub*

Flexibel

**Ingangsdatum** : \_\_\_\_\_

**Dagen**

				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	:		

**Bijzonderheden: (Alergie, Dieet, etc.)**

---

---

---

---

---

Datum: .....

Handtekening Ouder/Verzorger