

## Toestemmingsformulier Gezaghebbende ouder

Naam:	
BSN-nummer:	
Adres:	
Plaats:	
Tel:	
Vader / moeder van: <i>(naam desbetreffend kind)</i>	
Geboortedatum kind:	
Woonadres kind:	
<p>Bij deze geef ik toestemming dat mijn zoon/dochter begeleid wordt door de heer drs J.J. Schulz, GZ-psycholoog van Praktijk Einstein te Groningen.</p> <p>Datum:</p> <p>Plaats:</p> <p>Handtekening:</p>	

Praktijk EINSTEIN    drs JJ Schulz - GZ psycholoog - NIP psycholoog: 94468 -

KvK: 01156149 - AGB code: 94-004419 - [www.praktikeinstein.nl](http://www.praktikeinstein.nl) - [info@praktikeinstein.nl](mailto:info@praktikeinstein.nl)