**Toestemmingsverklaring ouders**

Hierbij geven, Ouder/verzorger 1

Voor- en achternaam ………………………………………………………………

Straatnaam en huisnummer ………………………………………………………………

Postcode en Woonplaats ………………………………………………………………

en Ouder/verzorger 2

Voor- en achternaam ………………………………………………………………

Straatnaam en huisnummer ………………………………………………………………

Postcode en Woonplaats ………………………………………………………………

toestemming aan Psychologenpraktijk Twist Apeldoorn voor een onderzoeks- en/of behandeltraject van

……………………………………………………………… (voor- en achternaam kind).

Ouder/verzorger 1 Ouder/verzorger 2

Datum: …………………………………………… Datum: …………………………………………… Plaats: …………………………………………… Plaats: …………………………………………… Handtekening: …………………………………………… Handtekening: ………………………………..