**Uitwisseling persoonsgegevens ten behoeve van het 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 ……………………..…………………………

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 persoonsgegevens betreft uitsluitend noodzakelijk relevante informatie ten behoeve van een hia-gesprek. Het uitwisselen van gegevens vindt plaats via Kindkans (een beveiligd digitaal systeem) . Op de website van RiBA kunt u het uitgebreide privacyreglement van RiBA inzien. De toestemming voor het delen van persoonsgegevens 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