**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