



MACHTIGINGSFORMULIER

Hierbij verklaren ondergetekenden dat zij de OPPU toestemming verlenen voor onderzoek/behandeling van hun kind:

naam:

geboortedatum:

datum:

plaats:

naam vader:

adres:

telefoon:

email:

handtekening:

datum:

plaats:

naam moeder:

adres:

telefoon:

e-mail:

handtekening:



Orthopedagogen Psychologen Praktijk Utrecht

Oude Bunnikseweg 6 . 3732 GP De Bilt . (030) 273 01 49

info@oppu.nl . www.oppu.nl