

Intake cliënt

Datum :

Achternaam

: _____

Voorletter(s) en roepnaam

: _____

Geboortedatum

: _____

Aanvullende gegevens kind

Kopie gegevens indicatiebesluit bijgevoegd

Over- of onder prikkeling

: _____

Angsten

: _____

Zindelijkheid

: _____

Eetgedrag

: _____

Slaapgedrag

: _____

Allergieën

: _____

Diëten

Overige informatie

Autismeprofiel

Mijn kind heeft een : Diagnose Voorlopige diagnose

Diagnose gesteld door instantie : _____

Bijkomende problematiek : _____

Begeleiding in het gezin : _____

Intelligentieniveau : _____

Is extra gevoelig voor : _____

Reageert sterk op : _____

Heeft baat bij : _____

Wordt rustig van : _____

Heeft speciale belangstelling voor : _____

Opmerkingen over de dagelijkse omgang:

Opmerkingen over opvoedkundige aanpak:

Ouders/Verzorgers

Vader Moeder Anders : _____

Achternaam : _____

Voorletter(s) : _____

Telefoonnummer : _____

Emailadres : _____

Vader Moeder Anders : _____

Achternaam : _____

Voorletter(s) : _____

Telefoonnummer : _____

Emailadres : _____

Alleen invullen als uw adres anders is als dat van uw kind:

Straat + Huisnummer : _____

Postcode + Woonplaats : _____

Gezinsleden

_____ : _____

_____ : _____

_____ : _____

In geval van nood

Naam dokter : _____

Telefoonnummer : _____

Zorgverzekering : _____

Polisnummer : _____

Gebruik van medicatie : Nee Ja, maar ik ben op de hoogte van het protocol medicatie

Contact bij nood : _____

Telefoon bij nood : _____

Gegevens school (indien van toepassing)

Naam : _____

Straat + Huisnummer : _____

Postcode + Woonplaats : _____

Telefoonnummer : _____

Contactpersoon : _____

Mijn kind volgt lessen : Nee Ja, in groep: _____ De volgende dagen:

Maandag Dinsdag Woensdag Donderdag Vrijdag
_____ t/m _____ _____ t/m _____ _____ t/m _____ _____ t/m _____ _____ t/m _____

Gegevens dagopvang (indien van toepassing)

Naam : _____

Straat + Huisnummer : _____

Postcode + Woonplaats : _____

Telefoonnummer : _____

Contactpersoon : _____

