



Energieweg 93  
6541 CZ Nijmegen  
Telefoon: 024-3772164  
Postadres: Postbus 40020, 6504 AA Nijmegen.

## **AANMELDINGSFORMULIER**

### **AFDELING DE MONNIKSKAP**

**Gymnasium, Atheneum, Havo voor jongeren met een handicap of ziekte**

## **Rubriek 1: Persoonlijke gegevens**

1.1. Achternaam \_\_\_\_\_

1.2. Voornamen voluit \_\_\_\_\_

0

1.3. Roepnaam \_\_\_\_\_

1.4. Geslacht  M  V

1.5. Geboortedatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.6. Geboorteplaats en –land \_\_\_\_\_

1.7. Burgerservicenummer \_\_\_\_\_

1.8. Nationaliteit \_\_\_\_\_

1.9. Godsdienst \_\_\_\_\_

1.10. Huidige woonplaats van uw zoon/dochter:

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Gemeente \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_ Mobiel \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

1.11. Medische diagnose: \_\_\_\_\_

1.12. Wanneer ontstaan: \_\_\_\_\_

## **Rubriek 2: Gezinsgegevens**

### **2.1. Gegevens vader**

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_ Mobiel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefoon werk \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Geboorteland \_\_\_\_\_

Nationaliteit \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

Woonachtig (zie 1) \_\_\_\_\_  
(indien anders dan bij 1.10. vermeld)

### **2.2. Gegevens moeder**

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_ Mobiel \_\_\_\_\_

Telefoon werk \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Geboorteland \_\_\_\_\_

Nationaliteit \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Indien geboorteland niet gelijk is aan Nederland, dan aangeven sinds wanneer woonachtig in Nederland

Woonachtig (zie 1) \_\_\_\_\_  
(indien anders dan bij 1.10. vermeld)

2.3. **Aantal kinderen** \_\_\_\_\_

2.4. **Voogdijschap** Ja / Neen

Indien ja: wie is dan de voogd?

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_ Mobiel \_\_\_\_\_

Telefoon werk \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

### **Rubriek 3: Onderwijs**

3.1. Welk onderwijs heeft uw zoon/dochter tot nu toe gevolgd?

	Soort onderwijs	Plaats	Van / tot	Klas
--	-----------------	--------	-----------	------

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

3.2. Op welke school is uw zoon/dochter nu? \_\_\_\_\_

- basisonderwijs
- voortgezet onderwijs
- Anders n.l. \_\_\_\_\_

In welke klas of groep? \_\_\_\_\_

Adres van de school \_\_\_\_\_

Postcode/plaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Brinnummer school \_\_\_\_\_  
(op te vragen bij huidige school)

3.3. Naam van de directeur van de school en/of contactpersoon (mentor) \_\_\_\_\_

3.4. Is uw zoon/dochter in de afgelopen 2 jaar nog psychologisch getest? Ja / Neen

Zo ja, welke testen zijn er afgenomen en door wie? Testen s.v.p. meesturen.

\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

3.5. Andere testen die in de afgelopen 2 jaar zijn afgenomen:

Naam test: \_\_\_\_\_

Naam tester: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

## **Rubriek 4: Aanmelding**

4.1. Welke zijn uw redenen voor aanmelding?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voor welke onderwijssoort meldt u uw zoon/dochter aan?

Havo       klas 1       klas 2       klas 3       klas 4       klas 5

Vwo  klas 1       klas 2       klas 3       klas 4       klas 5       klas 6

Advies huidige school: \_\_\_\_\_  
(schriftelijk bijvoegen)

Profiel \_\_\_\_\_

Vakkenpakket: \_\_\_\_\_

## **Rubriek 5: Gegevens betreffende de handicap**

5.1. Welke onderwijsbeperkingen vloeien voort uit de handicap?

---

---

---

Wanneer ontstaan? \_\_\_\_\_

Welke aanpassingen / hulpmiddelen heeft uw zoon/dochter in het onderwijs / denk aan: gebruik laptop, extra tijd, schrijfhulp e.d..

---

---

---

5.2. Is er sprake van zintuiglijke stoornissen, zoals gehoor-, spraak-, gevoels- of gezichtsstoornissen? Ja / Neen

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

5.3. Wordt gebruik gemaakt van hulpmiddelen, zoals:

- (elektrische) rolstoel, buitenwagen, vijfde wiel, (brom)fiets? Ja / Neen
- beugel(s), korset, loopstokken, prothese(s) of anderszins? Ja / Neen

Zo ja, welke hulpmiddelen? \_\_\_\_\_

5.4. Kan uw zoon/dochter zelfstandig:	
zich aan- en uitkleden	Ja / Neen
in en uit bed komen	Ja / Neen
zich wassen	Ja / Neen
eten	Ja / Neen
zitten	Ja / Neen
lopen	Ja / Neen
gebruik maken van het toilet	Ja / Neen
traplopen	Ja / Neen
fietsen	Ja / Neen
zwemmen	Ja / Neen

- 5.5. Heeft uw zoon/dochter therapieën, zoals:
- fysiotherapie Ja / Neen  
Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_\_
  - logopedie Ja / Neen  
Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_\_
  - ergotherapie Ja / Neen  
Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_\_

- 5.6. Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen? Ja / Neen

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Wat is de dosering? \_\_\_\_\_

Door wie voorgeschreven? \_\_\_\_\_

- 5.7. Heeft uw zoon/dochter een dieet? Ja / Neen

Zo ja, welk? \_\_\_\_\_

Door wie voorgeschreven? \_\_\_\_\_

- 5.8. Heeft u nog opmerkingen en/of aanwijzingen m.b.t. de aard en de ernst van de handicap of betreffende de verzorging? Ja / Neen

Toelichting: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De Monnikskap heeft, als reguliere school, geen onderwijsassistentie. ADL-hulp is op afroep beschikbaar via Pluryn. Ouders vragen dit zelf aan bij Pluryn.

Indien uw zoon/dochter bij Heeschebos Nijmegen wordt geplaatst is zorg gewaarborgd.

Indien uw zoon/dochter geen zorg in natura geniet kan noodzakelijke zorg via een PGB worden verstrekt.

- 5.9. Welke hulp heeft uw zoon/dochter tijdens de les nodig:

- Schrijfhulp.
- Tas in- / uitpakken.
- \_\_\_\_\_

Uw zoon/dochter beschikt over:

- Laptop (eventueel met aanpassingen).
- \_\_\_\_\_

- 5.10 Fysiotherapie kan op school geboden worden; hiervoor is 2 dagen per week een fysiotherapeut van de St. Maartenskliniek aanwezig.

- Ik wens gebruik te maken van de mogelijkheid tot fysiotherapie op school.



## **Rubriek 6: Artsen, specialisten, opnames**

### 6.1. **Gegevens huisarts**

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

6.2. Is uw zoon/dochter thans in behandeling bij één van de volgende specialisten? Ja / Neen

Zo ja, **naam, woonplaats en telefoonnummer vermelden.**

- Revalidatiearts
- Kinderarts
- Neuroloog
- Keel-, neus- en oorarts
- Uroloog
- Orthopedisch chirurg
- Neurochirurg
- Overige

6.3. Is er ooit sprake geweest van opname in een ziekenhuis Ja / Neen

Zo ja, welk? \_\_\_\_\_

Gedurende welke periode(n)? Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_  
Wat was de reden van de opname? \_\_\_\_\_

6.4. Is er ooit sprake geweest van opname in een revalidatiecentrum? Ja / Neen

Zo ja, welk? \_\_\_\_\_

Gedurende welke periode(n)? Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_  
Wat was de reden van de opname? \_\_\_\_\_

6.5. Is er ooit sprake geweest van een verblijf in een internaat, een (gezinsvervangend) tehuis voor kinderen/jongeren of anderszins? Ja / Neen

Zo ja, welk? \_\_\_\_\_

Gedurende welke periode? Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

## **Rubriek 7: Aanvullende gegevens**

### 7.1. **Verzekeringen**

Naam ziekenfonds/ ziektekostenverzekering \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Inschrijfnummer \_\_\_\_\_

7.2. Bent u W.A. verzekerd? Ja / Neen

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/plaats \_\_\_\_\_

Inschrijfnummer \_\_\_\_\_

7.3. Geeft u ons toestemming dat wij, indien nodig, informatie opvragen ten aanzien van:

- |                          |                                    |           |
|--------------------------|------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Schoolgegevens                     | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> | Psychologische gegevens            | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> | Medische gegevens                  | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> | Testrapporten, onderzoeksverslagen | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> | REC dienst AB                      | Ja / Neen |

(Indien uw zoon/dochter meerderjarig is, is ook haar/zijn toestemming noodzakelijk)

Wij gaan er vanuit dat de gegeven toestemming van kracht blijft als uw zoon/dochter 18 jaar wordt. Mocht hij/zij de toestemming in willen trekken dan moet hij/zij dit schriftelijk kenbaar maken bij het secretariaat van de Monnikskap.

7.4. U ontvangt jaarlijks een factuur m.b.t. de door de school te maken kosten voor middelen en diensten, die aan uw dochter/zoon ter beschikking worden gesteld, indien deze niet in het normale onderwijspakket thuis horen. De regels waaraan deze factuur voldoet, worden met de Centrale Ouder Raad (COR) besproken.  
Ik verklaar hierbij deze jaarlijkse factuur gedurende de schoolloopbaan van mijn dochter/zoon te zullen voldoen.

De school kan in aanmerking komen voor subsidies ten behoeve van allochtone leerlingen. Hiertoe dient de school in het bezit te komen van documenten waaruit die herkomst blijkt. Ondergetekende verleent, binnen de wettelijke kaders inzake privacy, aan de school toestemming om bij de gemeente de daartoe noodzakelijke gegevens uit het personenregister op te vragen.

Aanmelding op onze school betekent tevens dat een leerling meedoet aan alle school- en lesgebonden activiteiten.

**Ruimte voor eventueel aanvullende gegevens en opmerkingen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Handtekening vader/moeder/verzorger:\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dit formulier is ingevuld door:

Naam \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\* alle wettelijke vertegenwoordigers s.v.p. ondertekenen.

## **Verklaring Toestemming tot handelwijze voor als het kind ziek wordt op school**

(Eventueel te gebruiken als bijlage bij het inschrijfformulier van de school)

Het kan voorkomen dat uw kind gezond naar school gaat en tijdens de schooluren ziek wordt, zich verwondt, door een insect wordt geprikt of iets dergelijks. In zo'n geval zal de school altijd contact opnemen met de ouders, verzorgers of met een andere, door hen aangewezen, persoon. Een enkele keer komt het voor dat deze personen niet te bereiken zijn. Als deze situatie zich voordoet dan zal de leraar een zorgvuldige afweging maken of uw kind gebaat is met een 'eenvoudige' pijnstiller of dat een arts geconsulteerd moet worden.

Als u met bovenstaande akkoord bent, wilt u dan dit formulier invullen.

Ondergetekende gaat akkoord met bovengenoemde handelwijze ten behoeve van

(naam leerling)

---

Geboortedatum

---

*(Wanneer onderstaande gegevens reeds op het inschrijfformulier vermeld zijn, kunt u dit overslaan)*

Adres:

---

Postcode en plaats;

---

Naam ouder(s)/verzorger(s):

---

Telefoon thuis:

---

Telefoon werk:

---

Naam huisarts:

---

Telefoon:

### **Te waarschuwen persoon, indien ouder(s)/verzorger(s) niet te bereiken zijn:**

Naam:

---

telefoon thuis:

---

telefoon werk:

---

*Mijn kind is overgevoelig voor de volgende zaken:*

#### **Medicijnen**

Naam:

---

#### **Ontsmettingsmiddelen**

Naam:

---

#### **Smeerseltjes** (tegen bijvoorbeeld insectenbeten)

Naam:

---

**Pleisters**

Naam: \_\_\_\_\_

**Overig**

Naam: \_\_\_\_\_

Ruimte voor zaken die hierboven niet zijn genoemd:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Wilt u eventuele veranderingen zo spoedig mogelijk doorgeven aan de directie van de school?  
Het is zeer belangrijk dat deze gegevens actueel zijn.*

Ondergetekende: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Ouder/verzorger: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

**Verklaring Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek**

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

(naam leerling): \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
postcode en plaats: \_\_\_\_\_  
naam ouder(s)/verzorger(s): \_\_\_\_\_  
telefoon thuis: \_\_\_\_\_  
telefoon werk: \_\_\_\_\_  
naam huisarts: \_\_\_\_\_  
telefoon: \_\_\_\_\_  
naam specialist: \_\_\_\_\_  
telefoon: \_\_\_\_\_

**De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:**

Naam van het medicijn: \_\_\_\_\_

**Medicijn(en) dienen dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden**

\_\_\_\_\_ uur  
\_\_\_\_\_ uur  
\_\_\_\_\_ uur  
\_\_\_\_\_ uur

**Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dosering van het medicijn: \_\_\_\_\_  
Wijze van toediening: \_\_\_\_\_  
Wijze van bewaren: \_\_\_\_\_  
Controle op vervaldatum door: (naam) \_\_\_\_\_  
Functie: \_\_\_\_\_

*Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde docent die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:*

Naam: \_\_\_\_\_  
Ouder/verzorger: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Handtekening \_\_\_\_\_

### **Medicijninstructie**

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op:

\_\_\_\_\_ (datum)

**Door:**

naam: \_\_\_\_\_

functie: \_\_\_\_\_

van: (instelling) \_\_\_\_\_

**AAN:**

naam: \_\_\_\_\_

functie \_\_\_\_\_

van: \_\_\_\_\_

(Naam school en plaats)