



Vul dit formulier in en stuur dit aan:

**Ago Natura, Postbus 106, 8200 AC Lelystad**  
òf mail dit naar: [info@agonatura.nl](mailto:info@agonatura.nl)

**Persoonlijke informatie deelnemer:**

Volledige naam	
Roepnaam	
Straatnaam	
Postcode + woonplaats	
Telefoon thuis	
Mobiele telefoon	
E-mailadres thuis	
Geboortedatum (DD/MM/JJJJ)	
BSN	
Gezag bij	<input type="checkbox"/> moeder <input type="checkbox"/> vader

**Informatie voor noodgevallen en medische informatie**

Neem in noodgevallen contact op met	
Adres contactpersoon bij noodgevallen	
Telefoon contactpersoon bij noodgevallen	
Naam arts	
Telefoon arts	
Adres arts	
Ziektekostenverzekeraar en klantnummer	
Bloedgroep	
Bekende medische aandoeningen	

**Aanmelding Zorgtraject**  
**Locatie: Lelystad**

Blz. 2/5

**Aanmelding voor:** (graag aankruisen waarvoor u zich aanmeldt)

- Behandeltraject
- Begeleiding individueel
- Begeleiding groep / Dagbesteding

**Reden van aanmelding:**

**Aanvullende informatie:**

--

<p>Door wie bent u verwezen? Huisarts, CJG, School, GGZ? Anders, namelijk:</p>	
<p>Is uw zoon of dochter momenteel nog ergens anders in behandeling? Zoja, welke instelling en behandeling?</p> <p>Nee</p>	

**Indicatie/beschikking gemeente:**

Ik heb een indicatie/beschikking voor (dagbesteding/begeleiding/behandeling)	
Deze indicatie/beschikking is geldig vanaf	
Deze indicatie/beschikking is geldig tot	

**Aanvullende informatie:**

Opmerkingen en/of aanvullende informatie	
--	--

**Toestemmingsverklaring:**

**Blz. 4/5**

**S.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is:**

Ik ga **wel/ niet** akkoord met het gebruik van foto's en/ of video-opnames, waarop mijn kind staat voor publicaties en/of promotionele doeleinden van Ago Natura.

Ik ga **wel/niet** akkoord voor communicatie door middel van WhatsApp. (WhatsApp wordt alleen gebruikt als communicatiemiddel m.b.t. praktische zaken).

Ik geef Ago Natura **wel/niet** toestemming om contact te onderhouden met de gemeente over voortgang van het zorgtraject en de doeltreffendheid ervan.

Ik geef Ago Natura **wel/niet** toestemming om contact te onderhouden met de andere betrokken zorginstellingen inzake praktische en inhoudelijke voortgang van het zorgtraject, te weten:

- School:** (pedagogische/onderwijsinhoudelijke gegevens) .....  
.....
- Jeugdzorginstelling:** .....  
.....
- Huisarts / consultatiebureau:** .....  
.....
- GGZ instelling:** .....  
.....
- Overige betrokkenen (bijv. fysiotherapeut):** .....  
.....

Ondertekening:

Blz. 5/5

NB. Indien uw kind ouder is dan 12 jaar, dan moet hij/zij mee tekenen.

**Alle gezagsdragers akkoord.**

Naam kind: .....

Handtekening kind: .....

Datum: .....

Naam gezagsdrager 1: .....

Handtekening gezagsdrager 1: .....

Datum: .....

Naam gezagsdrager 2: .....

Handtekening gezagsdrager 2: .....