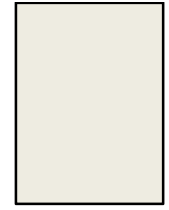




PASPOORT



Naam: _____ Geslacht: ___ Geboortedatum: ___/___/___

Woont bij: beide ouders - mama - papa - co-ouderschap - grootouders - andere: _____

Thuis taal: Nederlands - andere: _____

Afwezigheid: ___ maanden ___ jaren

Van school gewisseld ___ keer. Oorzaak: _____

Onderwijs gemist: ___ maanden ___ jaren. Oorzaak: _____

Geboorte: duur zwangerschap: _____ gewicht: _____

couveuse: ja / neen aantal dagen / weken: _____

geboorteproblemen: _____

Medische problemen: ogen - oren - motorisch - psychisch - stotteren - bedplassen - slapen
verdriet - agressie - andere: _____

Medicatie. Waar voor dient de medicatie? _____

Allergisch aan medicijnen / voedingsstoffen / andere: _____

Draagt een bril: verziend - bijziend - beide _____

Kiné: periode / leerjaar: _____

GON: periode / leerjaar: datum: ___/___/___ Test: _____

Onderzoeken CLB: _____

Externe Onderzoeken: _____

Diagnose leerstoornissen: ADHD - dyslexie - dysorthografie - ASS - dyscalculie _____

Andere belangrijke informatie: _____