**Logopediepraktijk De Bremhorst**

Jan Provostlaan 95

3723 RP Bilthoven

Tel. 030 2291840

www.debremhorst.nl

info@debremhorst.nl

**TOESTEMMINGSVERKLARING**

Hierbij verklaar ik / verklaren wij

…………………………………………………………………………………………

Ouder(s) / verzorger(s) van

 ………………………………………………………………………………………..

□ De behandelovereenkomst van Logopediepraktijk de Bremhorst te hebben gelezen en akkoord te zijn.

□ Toestemming te geven voor informatie-uitwisseling met derden ten behoeve van de behandeling (zoals specialist, (para)medische behandelaars en/of leerkracht).

Plaats…………………………………………………………………………………

Datum………………………………………………………………………………..

Handtekening cliënt / ouder / verzorger

….......................................................................................................................

E-mailadres:

…………………………………………………………………………………………