

Cliënt	
Naam	Geboortedatum
Ouder(s)/verzorger(s)	
Adres	
Postcode & plaats	
Telefoon thuis	BSN nummer
Telefoon GSM	Verzekernummer
E-mail	
Medicatie	

Waar moet volgens u aandacht aan besteed worden?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Taal NL | <input type="checkbox"/> Negatief zelfbeeld |
| <input type="checkbox"/> Lezen | <input type="checkbox"/> Teruggetrokken |
| <input type="checkbox"/> Dictee | <input type="checkbox"/> Niet voor zichzelf opkomen |
| <input type="checkbox"/> Spelling | <input type="checkbox"/> Sociale contacten (vriendjes etc.) |
| <input type="checkbox"/> Rekenen | <input type="checkbox"/> Gepest worden |
| <input type="checkbox"/> Topografie | <input type="checkbox"/> Snel aangebrand |
| <input type="checkbox"/> Talen | <input type="checkbox"/> Explosief of agressief gedrag |
| <input type="checkbox"/> Grote teksten leren | <input type="checkbox"/> Faalangst of fobieën(bang in het donker, spinnen etc.) |
| <input type="checkbox"/> Klokkijken | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Slechte concentratie | <input type="checkbox"/> Iets anders, nl.: |

School			
Naam	Dyslexieverklaring	Ja	Nee
Adres	Groep		
Postcode & plaats	Blijven zitten	Ja	Nee
Leerkracht	AVI niveau		
Website			
E-mail			

Reeds ondernomen acties

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Remedial teacher | <input type="checkbox"/> Huisarts |
| <input type="checkbox"/> Logopedist | <input type="checkbox"/> Psycholoog |
| <input type="checkbox"/> Schoolbegeleidingsdienst | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> Orthopedagoog | <input type="checkbox"/> Alternatief therapeut |
| <input type="checkbox"/> Specialist | <input type="checkbox"/> Anders |

Toelichting