

GEGEVENS KIND

Naam en achternaam kind* _____ m v
 Geboortedatum _____
 Eerste kind bij TSO stichting GOO ja nee

GEGEVENS OUDERS/VERZORGERS

Ouder/verzorger 1	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> v	Ouder/verzorger 2	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> v
Correspondentieadres	<input type="radio"/>	of	<input type="radio"/>
Naam en voorletters	_____		_____
Telefoonnummer mobiel / privé	_____		_____
Telefoonnummer werk	_____		_____
Adres	_____		_____
Postcode, woonplaats	_____		_____
E-mailadres	_____		_____

MEDISCHE OF OVERIGE BIJZONDERHEDEN VAN HET KIND:

GEWENSTE OPVANG:

Kindcentrum: _____ Groep: _____
 Ingangsdatum: start schooljaar 20__ - 20__ anders, namelijk: _____

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gesloten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ONDERTEKENING

Betaling geschiedt uitsluitend door middel van automatische incasso. Met de ondertekening van dit formulier verklaart ondergetekende akkoord te gaan met de algemene voorwaarden TSO van Stichting GOO. Ondergetekende geeft door ondertekening van dit formulier toestemming aan stichting GOO om het bedrag dat verschuldigd is voor TSO opvang maandelijks af te schrijven van:

IBAN Nummer: _____

Ten name van: _____

Plaats en datum: _____ Handtekening ouder/verzorger: _____ Handtekening coördinator TSO: _____