

## Consult groep 7 Vragenformulier leerkracht

School: \_\_\_\_\_ Locatie: \_\_\_\_\_

Groep: \_\_\_\_\_

Ingevuld door: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Vul hieronder de namen in van leerlingen die opvallen of waar je zorgen over hebt. Graag aangeven of de ouders van je visie op de hoogte zijn.

### 1 Leerlingen met gezondheidsklachten

Bijvoorbeeld: zien, horen, motoriek, houding, vaak moe of ziek

Naam	Zorg	Ouders op de hoogte
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

### 2 Leerlingen die problemen hebben in de omgang met leeftijdgenoten en/of volwassenen

Bijvoorbeeld: vaak ruzie, pesten, weinig contact

Naam	Zorg	Ouders op de hoogte
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Ga verder op de  
achterzijde



