



**TOESTEMMING VERWERKEN PERSOONSgegevens
VAN MINDERJARIGEN
(PERSONEN JONGER DAN 16 JAAR)**

Hierbij geef ik : (*uw naam*)

ouder, verzorger of wettelijke vertegenwoordiger toestemming om de

persoonsgegevens van : (*naam minderjarige*)

geboren op :

te verwerken ten behoeve van fysiotherapeutisch behandeling bij

Onder Handen Fysiotherapie, Arnhem

Arnhem d.d

Ondertekening: