

## Behandelovereenkomst Kind 0 - 12 jaar

Ondergetekenden, therapeut Sophie Pothoven en de ouders, verklaren hierbij Craniosacraal therapie te zijn overeengekomen voor het hieronder genoemde kind.

De behandelovereenkomst wordt door de therapeut én beide ouders als zij beiden het ouderlijk gezag hebben, ondertekend en brengt voor alle partijen rechten en verplichtingen met zich mee waarop zij aangesproken kunnen worden.

Met de ondertekening van deze behandelovereenkomst verklaren ondergetekenden kennis te hebben genomen van en in te stemmen met de bepalingen\*<sup>1</sup> waaronder de uitvoering van de behandeling zal plaatsvinden.

### Ondertekening

Plaats

Datum

Naam kind

Adres

Postcode en plaats

Geboortedatum

Naam moeder / voogd

Adres

Postcode en plaats

GSM

Naam vader / voogd

Adres

Postcode en plaats

GSM

Handtekening moeder / voogd

Handtekening vader / voogd

-----  
Naam en handtekening therapeut

Craniokracht

Sophie Pothoven

Schipperslaan 4H6

1906BG Limmen

[www.craniokracht.nl](http://www.craniokracht.nl)

GSM 0647677365

Handtekening

ad\*1 De bepalingen zijn: de huishoudelijke regels en privacy, waaronder mijn geheimhoudingsplicht en de klachtenprocedure zoals opgenomen op mijn website.