



Persoonlijke & medische gegevens



Persoonlijke gegevens <i>(ingevuld retour naar de leiding)</i>	
Voornaam	
Achternaam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoon (thuis)	
GSM	
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum DD-MM-JJJJ	
Contactpersonen in geval van nood <i>(bv. 2de thuis adres, grootouders, bureu)</i>	
Relatie	
Naam	
Adres	
Telefoon (thuis)	
Mobiele nummer	
Kan en mag uw kind zwemmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Zo ja, welke diploma's :
Is uw zoon/dochter gevaccineerd volgens het rijksvaccinatieprogramma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Gebruikt uw kind medicijnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Zo ja:	Kan uw kind zelf de medicijnen toedienen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	Moeten de medicijnen door de leiding bewaard worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Medicijnen altijd voorzien van de bijsluiter en een brief met daar in: 1. Reden waarvoor de medicijnen nodig zijn 2. Manier van toediening 3. Hoe vaak 4. Wanneer 5. Bekende bijwerkingen (bv hoofdpijn, buikpijn etc.)	
Heeft uw kind allergieën? (antibiotica, hooikoorts, wespenallergie, astma, jodium, bruine pleisters, pinda's, etc.)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Zo ja, waarvoor? :

Zorg ervoor dat het ingevulde formulier met zorg bewaard wordt. Het gaat om privacygevoelige gegevens waarbij het niet wenselijk is dat deze voor anderen dan de stafleden en eventuele artsen te lezen zijn.



Persoonlijke & medische gegevens



Verzekering	Maatschappij	Polisnummer
Aansprakelijkheidsverzekering		
Ongevallenverzekering		
Reisverzekering		
Zorgverzekering		

Is uw kind vegetarisch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Volgt uw kind een dieet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Zo ja, wat? :

Naam Huisarts	
Adres	
Telefoon	
Woonplaats	

Naam Tandarts	
Adres	
Telefoon	
Woonplaats	

Opmerkingen

In geval van nood, ter beoordeling van een arts, geef ik hierbij toestemming mijn zoon/dochter te laten opnemen en behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, wanneer het niet mogelijk was tijdig contact met mij op te nemen.

Handtekening ouder/verzorger:	Datum:

Zorg ervoor dat het ingevulde formulier met zorg bewaard wordt. Het gaat om privacygevoelige gegevens waarbij het niet wenselijk is dat deze voor anderen dan de stafleden en eventuele artsen te lezen zijn.