

# GEZONDHEIDSFORMULIER



## Persoonlijke gegevens:

Achternaam:

Voornaam:

Roepnaam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Mobiel:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Geslacht:

Lidnummer Scouting Nederland:

Nummer paspoort / Identiteitskaart

Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen?

Ja  Nee

Diploma's:

## Verzekeringen:

Aansprakelijkheid:

Maatschappij:

Polis nr:

Ongevallen:

Maatschappij:

Polis nr:

Reis:

Maatschappij:

Polis nr:

Zorg:

Maatschappij:

Polis nr:

## Contactpersoon in geval van nood:

Naam:

Relatie met deelnemer:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Mobiel:

## Medische gegevens:

Maak indien nodig gebruik van een bijlage, voorzien van de naam van de deelnemer, voor het vermelden van de gevraagde gegevens.

Vraagt de gezondheid van uw zoon/dochter speciale zorg?

Ja  Nee

Zo ja, welke?

Lijdt uw zoon/dochter aan: ADHD, astma, eczeem, hooikoorts, epilepsie of andere aandoeningen?

Ja  Nee

Zo ja, welke?

# GEZONDHEIDSFORMULIER



---

Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?  Ja  Nee

Zo ja, welke en wanneer?

---

Is uw zoon/dochter allergisch?  Ja  Nee

Zo ja, waarvoor?

---

Volgt uw zoon/dochter een dieet?  Ja  Nee

Zo ja, wat?

---

Is uw zoon/dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma?  Ja  Nee

## Gegevens arts:

Naam en adres huisarts

Naam:

Telefoon:

Naam en adres tandarts

Naam:

Telefoon:

## Ondertekening:

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.

Datum:

Handtekening ouder/verzorger