

GEZONDHEIDSFORMULIER



Persoonlijke gegevens

Achternaam _____ Roepnaam _____
Voornamen _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Telefoonnummer _____ Mobiel nummer _____
Email _____
Geboortedatum _____ Geboorteplaats _____
Geslacht M / V Lidnummer Scouting Nederland _____
Burger Service Nummer
(BSN/sofi-nummer) _____
Nummer paspoort of
Identiteitskaart _____ Plaats van afgifte _____
Geldig tot _____
Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen? ja / nee
Diploma's _____
Mijn kind lust absoluut geen _____

Verzekering

Aansprakelijkheidsverzekering Maatschappij _____ Polisnummer _____
Ongevallenverzekering Maatschappij _____ Polisnummer _____
Reisverzekering Maatschappij _____ Polisnummer _____
Zorgverzekering Maatschappij _____ Polisnummer _____

Contactpersoon in geval van nood

Naam _____
Relatie met het kind _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Telefoonnummer _____ Mobiel nummer _____

GEZONDHEIDSFORMULIER



Medische gegevens

Maak indien nodig gebruik van een bijlage, voorzien van de naam van het kind, 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, hooikoors, epilepsie of andere aandoeningen? ja / nee

Zo ja welke? _____

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

Overige zaken die van belang zijn (denk aan slaapwandelen, bedplassen etc.)

Gegevens arts

Naam en adres huisarts Naam _____

Adres _____

Telefoon _____

Naam en adres tandarts Naam _____

Adres _____

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