



GEZONDHEIDSFORMULIER

JEUGDLEDEN

PERSOONLIJKE GEGEVENS

roepnaam	<input type="text"/>		
voorna(a)m(en)	<input type="text"/>		
tussenvoegsel	<input type="text"/>	achternaam	<input type="text"/>
adres	<input type="text"/>		
postcode	<input type="text"/>	woonplaats	<input type="text"/>
telefoonnummer	<input type="text"/>		
mobiel nummer (1)	<input type="text"/>	is van	<input type="text"/>
mobiel nummer (2)	<input type="text"/>	is van	<input type="text"/>
e-mail adres	<input type="text"/>		
geslacht	<input type="checkbox"/> jongen	<input type="checkbox"/> meisje *	
geboortedatum	<input type="text" value="dag"/>	<input type="text" value="maand"/>	<input type="text" value="jaar"/>
godsdienst	<input type="text"/>		

CONTACTPERSOON IN GEVAL VAN NOOD *(niet het adres van hierboven)*

naam	<input type="text"/>		
adres	<input type="text"/>		
postcode	<input type="text"/>	woonplaats	<input type="text"/>
telefoonnummer	<input type="text"/>		
mobiel nummer (1)	<input type="text"/>	is van	<input type="text"/>
mobiel nummer (2)	<input type="text"/>	is van	<input type="text"/>

VERZEKERINGEN

zorgverzekeraar	<input type="text"/>		
polisnummer	<input type="text"/>	plaats	<input type="text"/>
Wettelijke Aansprakelijkheids Verzekering	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*	
Reisverzekering	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*	

U dient een dubbelzijdige kopie van het verzekeringspasje of polisblad bij te voegen. Hierop moet de naam, de geboortedatum en het polisnummer van uw kind vermeld zijn.

GEGEVENS HUISARTS

naam	<input type="text"/>		
adres	<input type="text"/>		
postcode	<input type="text"/>	woonplaats	<input type="text"/>
telefoonnummer	<input type="text"/>		

MEDISCHE ZAKEN

Lijdt uw kind aan: een allergie, astma, eczeem, hooikoorts, e.a.?

ja nee*

Zo ja, welke?

Lijdt uw kind aan een bepaalde ziekte, bijv. epilepsie, diabetes, e.a.?

ja nee*

Zo ja, welke?

Indien de gezondheid van uw kind speciale zorg vraagt en de leiding dit moet weten gelieve dit hieronder te vermelden.

Moet uw kind medicijnen gebruiken?

ja nee*

Zo ja, welke en wanneer?

Mogen wij eventuele medicijnen toedienen? (bijvoorbeeld paracetamol)

ja nee*

Is uw kind ergens allergisch voor, bijvoorbeeld medicijnen, stoffen, pleisters, wespen. etc.?

ja nee*

Zo ja, welke?

Zijn er voedingswaren c.q. -stoffen die uw kind **beslist niet** mag nuttigen?

ja nee*

Zo ja, welke?

Tegen welke ziekten is uw kind ingeënt?

<input type="text"/>	datum laatste inenting	<input type="text" value="dag"/>	<input type="text" value="maand"/>	<input type="text" value="jaar"/>
<input type="text"/>	datum laatste inenting	<input type="text" value="dag"/>	<input type="text" value="maand"/>	<input type="text" value="jaar"/>
<input type="text"/>	datum laatste inenting	<input type="text" value="dag"/>	<input type="text" value="maand"/>	<input type="text" value="jaar"/>
<input type="text"/>	datum laatste inenting	<input type="text" value="dag"/>	<input type="text" value="maand"/>	<input type="text" value="jaar"/>

Heeft uw kind bijzondere slaapgewoontes?

ja nee*

Zo ja, welke?

Kan uw kind zwemmen?

ja nee*

Diploma's

Mag uw kind zwemmen?

ja nee*

Eventuele opmerkingen/andere zaken van belang

In geval van nood, dat ter beoordeling van een arts, geef ik toestemming mijn kind te laten opnemen en te laten behandelen in een ziekenhuis en/of te laten onderzoeken door een huisarts, zonder mijn voorkennis, indien het niet mogelijk bleek tijdig contact op te nemen.

datum

naam ouder/verzorger

handtekening
ouder/verzorger

handtekening

