

Dit formulier is bestemd voor de speltakleiding

!! Ook voor het meedoen met proefopkomsten dient dit formulier volledig ingevuld te worden. Zo kunnen wij te allen tijde contact opnemen bij calamiteiten.

Scouting Novo Mundo  
Almere Poort



## Gezondheidsformulier jeugdlid Scouting Novo Mundo

Datum : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Betreft

Voornaam : \_\_\_\_\_ Achternaam : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Straatnaam + huisnr. : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats : \_\_\_\_\_

### Gezondheidsinformatie

Vraagt de gezondheid van uw zoon/dochter speciale zorg (bv. astma, eczeem, epilepsie, etc.)?  Ja  Nee

Zo ja: welke? : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?  Ja  Nee

Zo ja: welke, wanneer en waarvoor? : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

Is uw zoon/dochter allergisch?  Ja  Nee

Zo ja: waarvoor? : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

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

Indien nee: toelichting : \_\_\_\_\_





**Overige informatie**

Zwemdiploma's : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
Dieetwensen : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

**Gegevens artsen en verzekering**

Huisarts + praktijk/centrum : \_\_\_\_\_  
Telefoonnr. huisarts : \_\_\_\_\_  
Tandarts + praktijk/centrum : \_\_\_\_\_  
Telefoonnr. tandarts : \_\_\_\_\_  
Ziektekostenverzekering : \_\_\_\_\_  
Polisnummer : \_\_\_\_\_

**In geval van nood waarschuwen**

Naam	: _____	Telefoonnr.	: _____
Relatie tot lid	: _____		: _____
Naam	: _____	Telefoonnr.	: _____
Relatie tot lid	: _____		: _____
Naam	: _____	Telefoonnr.	: _____
Relatie tot lid	: _____		: _____





**Toestemmingsverklaring medische zorg**

Ik geef toestemming om, in geval van nood, mijn zoon/dochter te laten beoordelen door een arts en indien nodig op te laten nemen en te laten behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, wanneer het niet mogelijk was tijdig contact met mij op te nemen.  Ja  Nee

Evt. toelichting: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

Ik geef toestemming om, indien nodig, mijn kind zijn/haar eigen medicatie toe te dienen en indien de situatie dat nodig acht om mijn kind pijnstillende medicatie toe te dienen in de vorm van bijvoorbeeld paracetamol of ibuprofen.  Ja  Nee

Evt. toelichting: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

Ruimte voor eventuele overige opmerkingen:

---

---

---

---

---

Dit formulier is volledig en naar waarheid ingevuld door : \_\_\_\_\_

op \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ te \_\_\_\_\_ Handtekening:

