

Scouting Look Wide

Gezondheidsformulier



Persoonlijke gegevens

Achternaam	
Voornamen	Roepnaam
Adres	
Postcode	Plaats
Geboortedatum	Geslacht Vrouw
Telefoonnummer	E-mailadres

Contactpersonen in geval van nood

Contactpersoon 1

Contactpersoon 2

Naam	Naam
Relatie met lid	Relatie met lid
Adres	Adres
Postcode en woonplaats	Postcode en woonplaats
Telefoonnummer 1	Telefoonnummer 1
Telefoonnummer 2 <i>(Optioneel)</i>	Telefoonnummer 2 <i>(Optioneel)</i>

Zorgverzekering en artsen

Zorgverzekeringsmaatschappij	Polisnummer
------------------------------	-------------

Huisarts

Tandarts

Naam	Naam
Adres	Adres
Postcode en woonplaats	Postcode en woonplaats
Telefoonnummer	Telefoonnummer

Activiteiten

Kan en mag uw dochter zwemmen?	Ja	Nee
Zwemdiploma's		

Medische gegevens

Vraagt de gezondheid van uw dochter speciale zorg?	Ja	Nee
Zo ja, welke?		
Heeft uw dochter een aandoening waar wij rekening mee moeten houden? (bv. astma, eczeem, hooikoorts, epilepsie, ADHD of PDD-NOS)	Ja	Nee
Zo ja, welke?		
Gebruikt uw dochter medicijnen?	Ja	Nee
Zo ja, welke en hoe en wanneer te gebruiken?		
Is uw dochter allergisch?	Ja	Nee
Zo ja, waarvoor?		
Volgt uw dochter een dieet? (bv. vegetariër, vanwege geloofsovertuiging of om medische redenen)	Ja	Nee
Zo ja, welke?		
Is uw dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma?	Ja	Nee

Ondertekening

In geval van nood, ter beoordeling van een arts, geef ik hierbij toestemming mijn 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 of verzorger
-------	---------------------------------