**Veiligheid**

**Gezondheidsformulier**

**Persoonlijke gegevens**

Achternaam

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Voornamen | |  | | | | Roepnaam |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  |  |  |  |
|  | Adres | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  |  |  |  |
|  | Postcode | |  | | | | Woonplaats |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  |
|  | Telefoonnummer | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  |  |  |  |
|  | Geboortedatum | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  |
|  | Geslacht | |  | | | |  | |  |  |
|  |  | |  | | | |  | |  |  |
|  |  | | | | | |  |  |  |  |
|  | Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen? | | | | | | □ ja | □ nee |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  | Diploma’s: | |  | | | |  |  |  |  |
|  | **Verzekering / *Insurance*** | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | |  |  |  |  |
|  | Zorgverzekering | | Maatschappij | | | |  | Polisnummer |  |  |
|  |  | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | | | |  |  |  |  |



*© Scouting Rhedense Pioniers*

**Contactpersoon in geval van nood**

Naam

Relatie met de deelnemer

Telefoonnummer

Mobiel nummer

**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 of het gedrag van uw zoon/dochter speciale zorg? |  |  |  |
|  |  | □ 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? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



*© Scouting Rhedense Pioniers*

**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 | | Datum | | Handtekening ouder/verzorger |
| 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. | |  | |  |
| Tevens geef ik hierbij toestemming voor het | |  | |  |
| verwerken van de gegevens als gedeeld in dit | |  | |  |
| formulier. | |  | |  |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |



*© Scouting Rhedense Pioniers*