**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*