



Gegevens ouder/verzorger 1	
Naam	
Adres	
Postcode + Plaats	
Telefoon nummer (huis)	
Telefoon nummer (mobiel)	
Email adres	

Gegevens ouder/verzorger 2	
Naam	
Adres	
Postcode + Plaats	
Telefoon nummer (thuis)	
Telefoon nummer (mobiel)	
Email adres	



1. Heeft uw kind gezondheidsproblemen waarvan u vindt dat wij ervan op de hoogte moeten zijn (bv astma, epilepsie, hooikoorts, ASS etc)

2. Heeft uw zoon/dochter allergieën:

Nee

Ja, namelijk _____

Kunt u toelichten hoe deze allergie zich uit en hoe wij het beste kunnen handelen?

3. Onze zoon/dochter gebruikt medicijnen, namelijk:

• Naam medicijn:

• Medicijngebruik in verband met:

• Dosering + Tijdstippen:

4. Zijn er medicijnen/voedingsmiddelen die absoluut niet gebruikt mogen worden?

Nee

Ja, namelijk _____

5. Wat verwacht u van de Ba-ow op dit vlak? Wat moeten we weten of doen (o.a. over het gebruik van medicatie)? Wat mogen we zeker niet doen? De Ba-ow zal, indien nodig, met u overleggen over wat zij haalbaar acht en wat niet.



6. **Volgt uw zoon/dochter een dieet?**

Nee

Ja, namelijk: _____

7. **Moet uw zoon/dochter 's nachts uit bed gehaald worden?**

Nee

Ja, namelijk _____

8. **Heeft uw zoon/dochter een Tetanusprik gehad?**

Nee

Ja op: _____

9. **Heeft uw zoon/dochter een zwemdiploma?**

Nee

Ja, namelijk _____

10. **Zijn er andere zaken van belang, waarvan wij op de hoogte moeten zijn?**

Nee

Ja, namelijk _____

Mochten er in de toekomst veranderingen zijn in de gezondheid van uw zoon/dochter, denk eraan dit tijdig door te geven.

Ondergetekende stemt in met de verwerking van deze gegevens betreffende de gezondheid van zijn/haar kind in het kader van de vermelde doelen. (Ook aan duiden indien u bewust geen gegevens wilt delen met ons)

- Ondergetekende verklaart zich akkoord en dit is met toestemming van de tweede ouder.**
- Ondergetekende verklaart geen gegevens betreffende de gezondheid van mijn kind mee te delen, omdat:**

Datum :/...../ 20....

Naam en voornaam ouder/verzorger: _____

Handtekening: _____