

GEZONDHEIDSFORMULIER JEUGDLEDEN

SCOUTING BA-OW BEETSTERZWAAG



Voornamen : _____

Achternaam : _____

Email adres : _____

Telefoon (mobiel) : _____

Geboortedatum : _____

Adres ouders : _____

Postcode: _____

Woonplaats : _____

Telefoon (thuis) : _____

Telefoon (mobiel) : _____

Naam huisarts : _____

Adres : _____

Postcode: _____

Woonplaats : _____

Telefoon : _____

Naam tandarts : _____

Adres : _____

Postcode: _____

Woonplaats : _____

Telefoon : _____

Ziektekosten verzekering (type) : _____

Verzekeringsmaatschappij : _____

Polisnummer : _____

Polis op naam van : _____

GEZONDHEIDSFORMULIER JEUGDLEDEN

SCOUTING BA-OW BEETSTERZWAAG



Onze zoon/dochter heeft last van:

- Astma
- Epilepsie
- ADHD
- ADD
- PDD-NOS
- Eczeem
- Hooikoorts
- Anders, namelijk: _____

Onze zoon/dochter is allergisch voor:

Onze zoon/dochter gebruikt medicijnen, namelijk:

Voor (naam ziekte) : _____

Naam medicijn : _____

Dosering : _____

Er zijn medicijnen/voedingsmiddelen die absoluut niet gebruikt mogen worden, namelijk : _____

Onze zoon/dochter volgt een dieet of lust iets echt niet, namelijk : _____

Onze zoon/dochter moet 's nachts uit bed gehaald worden, omdat : _____

Onze zoon/dochter heeft een tetanusprik gehad, omstreeks datum : _____

Onze zoon/dochter heeft bloedgroep : _____

Onze zoon/dochter mag zwemmen (ja/nee) : _____

Behaalde diploma's : _____

Geeft u toestemming om medisch te handelen in noodgevallen (ja/nee) : _____

Zijn er andere zaken waarvan u vindt dat wij het zouden moeten weten? : _____

Plaats, datum : _____

Handtekening ouder/verzorger : _____