



Gegevens ouder/verzorgers 1	
Gegevens ouder/verzorgers 2	
Naam	
Naam	
Adres	
Adres	
Postcode + Plaats	
Postcode + Plaats	
Telefoon nummer (huis)	
Telefoon nummer (thuis)	
Telefoon nummer (relatie)	
Telefoon nummer (mobiel)	
Email adres	
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: _____