

kleef hier een zegel
van je ziekenfonds

ALGEMENE INFORMATIE VAN HET KIND

Naam: _____
Voornaam: _____
Adres: _____
Postcode en gemeente: _____
Geboortedatum: _____

CONTACTINFORMATIE OUDERS/VOOGD

Naam en telefoon van de best te bereiken ouder of voogd:

Naam + Voornaam: _____
GSM: _____
Telefoon werk: _____

Indien niet bereikbaar, best contact opnemen met:

Naam + Voornaam _____
Band met het kind _____
GSM _____
Telefoon werk _____

CONTACTINFORMATIE (HUIS)ARTS

Naam: _____
Adres: _____

Telefoon: _____

MEDISCHE GEGEVENS VAN HET KIND

Bloedgroep - rhesusfactor: _____

Vroegere ziekten of heelkundige ingrepen: _____

Uw kind lijdt aan:

- suikerziekte hooikoorts
 astma reuma
 hartkwaal epilepsie

Is uw kind allergisch

voor bepaalde voeding?

zo ja, welke _____

voor bepaalde geneesmiddelen?

zo ja, welke _____

voor bepaalde stoffen of levensmiddelen?

zo ja, welke _____

Moet voor bovenstaande speciale medicatie of behandelingen toegepast worden?

zo ja, welke? _____

Werd het kind gevaccineerd tegen klem (tetanus)

ja neen

zo ja in welk jaar? _____

VERKLARING

Ondergetekende, _____ (naam ouder(s) of voogd)

van _____ (naam van zoon/dochter)

verklaart hierbij dat bovenstaande gegevens correct zijn.

Indien nodig, mogen wij éénmalig Paracetamol toedienen (vb. hoge koorts, hevige pijn, ...) in afwachting dat het kind kan worden afgehaald. Indien we niemand kunnen bereiken, beslist de begeleiding of er contact moet worden opgenomen met een arts.

Datum: _____

Handtekening