

## GEZONDHEIDSFORMULIER



Wilt u dit formulier ingevuld en ondertekend inleveren bij de leiding van uw zoon of dochter? Zo zijn we op de hoogte van (medische) bijzonderheden, en kunnen we u - ook in geval van nood - altijd bereiken.

### Gegevens van de scout

Naam: \_\_\_\_\_  
Mobiel nummer: \_\_\_\_\_  
Mailadres: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
BSN: \_\_\_\_\_  
Ziektekostenverzekeraar: \_\_\_\_\_  
Verzekeringsnummer: \_\_\_\_\_  
Naam + plaats huisarts: \_\_\_\_\_  
Naam + plaats tandarts: \_\_\_\_\_

### Gegevens vader / moeder / verzorger / .....

Naam: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_  
Mailadres: \_\_\_\_\_  
Volledig adres: \_\_\_\_\_

### Gegevens vader / moeder / verzorger / .....

Naam: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_  
Mailadres: \_\_\_\_\_  
Volledig adres: \_\_\_\_\_

### Contactpersoon in geval van nood

Naam: \_\_\_\_\_  
Relatie met scout: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_

## GEZONDHEIDSFORMULIER

Wilt u ook onderstaande gegevens zorgvuldig invullen?  
Dat voorkomt - zeker tijdens kamp - vaak veel problemen. Hebt u meer ruimte nodig? Voeg gerust een extra blaadje toe.

Zwemdiploma's: \_\_\_\_\_

Medicijngebruik: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dieet / allergie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ziekte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Specifieke kampongemakkelijkheden zoals bedplassen, bang in het donker of heimwee: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ik verklaar bovenstaande vragen naar waarheid te hebben ingevuld en geef toestemming, indien noodzakelijk (dit ter beoordeling van een arts), mijn zoon/dochter op te nemen in het ziekenhuis, ook als ik niet bereikbaar ben.

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_