

# Gezondheidsformulier



**Alle gegevens in dit formulier zullen vertrouwelijk behandeld worden.**

**Invulinstructie:** Om de leesbaarheid van het formulier te bevorderen kunt u dit formulier op de computer invullen en daarna uitprinten. Het uitgeprinte formulier svp ondertekenen en inleveren bij de leiding van de speltak waartoe uw zoon/dochter behoort. Mocht u meer ruimte nodig hebben om gegevens in te vullen dan kunt u dit op de achterzijde van het formulier doen.

**LET OP:** Het ingevulde formulier kunt u opslaan zodat u niet iedere keer de gegevens in hoeft te vullen.

## Gegevens Lid

Achternaam

Voornamen

Roepnaam

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer

Mobiel telefoonnummer  
lid

Geboortedatum

Geboorteplaats

Geslacht

M / V

Lidnummer Scouting  
Nederland

Nummer ID-bewijs/  
Paspoort

Plaats van uitgifte

Geldig tot

Eigen ID-kaart  
indien Nee: svp  
kopie ID-bewijsbijvoegen

Ja / Nee

Kan en mag uw zoon/  
dochter zwemmen ?

Ja / Nee

Zwemdiploma's

## Verzekeringen

Zorgverzekering

Maatschappij

Polisnummer

Ongevallenverzekering  
(Niet verplicht)

Maatschappij

Polisnummer

Reisverzekering  
(Niet verplicht)

Maatschappij

Polisnummer

Aansprakelijkheidsverzekering  
(Niet verplicht)

Maatschappij

Polisnummer

## Contactpersoon in geval van nood

Naam contactpersoon

Relatie met de deelnemer

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Mobiel telefoonnummer

# Gezondheidsformulier



Alle gegevens in dit formulier zullen vertrouwelijk behandeld worden.

Vraagt (de gezondheid van) uw zoon/dochter speciale zorg? (Moet hij/zij 's nachts worden 'opgenomen'? Ja / Nee

Zo ja, Welke?

Lijdt uw zoon/dochter aan: ADHD, astma, eczeem, hooikoorts, epilepsie of andere aandoeningen? Ja / Nee

Zo ja, welke?

Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen? Ja / Nee

Zo ja, Welke en wanneer?

Is uw zoon/dochter allergisch? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor?

Volgt uw zoon/dochter een dieet? / Zijn er zaken die hij/zij absoluut niet lust? Ja / Nee

Zo ja, wat?

## Gegevens arts

Huisarts

Naam

Adres

Telefoonnummer

Tandarts

Naam

Adres

Telefoonnummer

## Ondertekening

In geval van nood, ter beoordeling van een arts, geef ik hierbij toestemming mijn zoon/dochter te laten opnemen en behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, wanneer het niet mogelijk was tijdig contact met de contactpersoon op te nemen.

Naam ouder / verzorger / voogd

Datum

Handtekening ouder/verzorger