



Scoutinggroep "Graaf Daron"  
 Kasteel Daron  
 Elgerweg 103  
 1825 KB Alkmaar  
 tel: 072 5613837



Alkmaar: JULI 2009

**GEZONDHEIDSFOMULIER.**

Formulier voor leden van Scoutinggroep Graaf Daron.

Achternaam : ..... Lidmaatschap Nr. \_\_\_\_\_  
 Voornaam : ..... Roepnaam :.....  
 Adres : .....  
 Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats : .....  
 Telefoon Nr. : ..... Mobiel nr. :.....  
 Geboorte datum : \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

Contactpersoon, indien u als ouder niet bereikbaar bent.

Naam : .....  
 Adres : .....  
 Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats : .....  
 Telefoon Nr. : ..... Mobiel nr. : .....

Vraagt de gezondheid van uw zoon / dochter speciale zorg ? JA 0 NEE 0  
 Zo ja welke? : .....  
 Lijdt uw zoon / dochter aan: astma, eczeem, hooikoorts, epilepsie? JA 0 NEE 0  
 Zo ja welke? : .....  
 Moet hij / zij medicijnen gebruiken ? JA 0 NEE 0  
 Zo ja welke? : .....  
 Heeft uw zoon / dochter deze medicijnen in eigen beheer. JA 0 NEE 0  
 Zo ja weet hij / zij wanneer deze ingenomen moeten worden, en hoe. JA 0 NEE 0  
 Zo nee, geeft een korte omschrijving hoe en wanneer deze medicijnen dienen te worden ingenomen:  
 .....  
 Is uw zoon / dochter allergisch voor bepaald stoffen of producten e.a. JA 0 NEE 0  
 Zo ja welke? : .....  
 Zijn er medicijnen die uw zoon / dochter niet mag gebruiken. JA 0 NEE 0  
 Zo ja welke? : .....  
 Heeft uw zoon / dochter een zwemdiploma JA 0 NEE 0  
 Zo ja welke zwemdiploma's heeft uw zoon / dochter :.....  
 Eigen ziektekostenverzekering.  
 Naam:..... Polisnummer: .....

In geval van nood, zulks ter beoordeling van een arts, geef ik toestemming mijn zoon / dochter te laten behandelen en eventueel op te laten nemen in een ziekenhuis. Dit zonder mijn voorkennis, indien het niet mogelijk blijkt tijdig met één van de ouders contact hierover te hebben gehad.

Handtekening ouders

datum:

.....

.....