Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt voor de opkomsten, activiteiten en kampen gedurende 1 jaar zodat we zo goed mogelijk kunnen handelen daar waar nodig is. De ingeleverde formulieren worden zorgvuldig bewaard en niet digitaal geregistreerd in Scouts Online als aanvullende lidgegevens. De formulieren zijn alleen inzichtelijk voor het stafteam van de Dolfijnen, Zeeverkenners en Wilde Vaart en worden vernietigd na een jaar.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persoonlijke gegevens deelnemer** | | | |
| Achternaam |  | | |
| Roepnaam |  | | |
| Adres |  | | |
| Postcode |  | Woonplaats |  |
| Geboortedatum |  | | |
| E-mailadres |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contactpersoon in geval van nood** | **1e contactpersoon** | **2e contactpersoon** |
| Naam |  |  |
| Relatie met deelnemer |  |  |
| Telefoonnummer |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medische gegevens**  Maak indien nodig gebruik van een bijlage, voorzien van de naam van de deelnemer, voor het vermelden van extra gegevens. | | | |
| Vraagt de gezondheid of het gedrag van uw zoon/dochter speciale zorg? | | □ ja | □ nee |
| Zo ja, welke? | |  | |
| Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen? | | □ ja | □ nee |
| Zo ja, welke? | |  | |
| Naam medicijn |  | | |
| Dosering ….x/dg/wk |  | | |
| Tijdstip(pen) |  | | |
| Wijze van toedienen |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Is paracetamol volgens bijsluiter toegestaan? | □ ja | □ nee | | |
| Is uw zoon/dochter allergisch? | □ ja | □ nee | | |
| *Zo ja, waarvoor?* |  | | | |
| *Hoe te handelen als…* |  | | | |
| Volgt uw zoon/dochter een dieet? | □ ja | | □ nee | |
| *Zo ja, welk?* |  | | | |
| Heeft uw zoon/dochter last van heimwee? | □ ja | | | □ nee |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gegevens arts** | | | | |
| Huisarts | Naam |  | | |
| Adres |  | | |
| Woonplaats |  | | |
| Telefoon |  |  | Spoednummer |
| Tandarts | Naam |  | | |
| Adres |  | | |
| Woonplaats |  | | |
| Telefoon |  |  | Spoednummer |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 mij op te nemen.  Tevens geef ik hierbij toestemming voor het verwerken van de gegevens zoals gedeeld in dit formulier. | |
| **Plaats** |  |
| **Datum** |  |
| **Handtekening**  **ouder/verzorger** |  |