

Gezondheidsformulier / Health form

Persoonlijke gegevens / Personal information

Achternaam <i>Surname</i>			
Voornamen <i>Christian names</i>		Roepnaam <i>First name</i>	
Adres <i>Address</i>			
Postcode <i>Postal code</i>		Woonplaats <i>Place of residence</i>	
Telefoonnummer <i>Telephone number</i>		Godsdienst <i>Religion</i>	
Geboortedatum <i>Date of Birth</i>		Geboorteplaats <i>Place of birth</i>	
Geslacht <i>Gender</i>	man / male	vrouw / female	Lidnummer Scouting Nederland <i>Membership number</i>
Nummer paspoort / Identiteitskaart <i>Number passport/ID-card</i>		Plaats van afgifte <i>Place of issue</i>	
Geldig tot <i>Valid until</i>			

Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen? ja / yes nee / no
Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?

Diploma's/Certificates

Verzekering / Insurances

Aansprakelijkheidsverzekering <i>Liability Insurance</i>	Maatschappij <i>Company</i>	Polisnummer <i>Policy number</i>
Ongevallenverzekering <i>Accident Insurance</i>	Maatschappij <i>Company</i>	Polisnummer <i>Policy number</i>
Reisverzekering <i>Travel Insurance</i>	Maatschappij <i>Company</i>	Polisnummer <i>Policy number</i>
Zorgverzekering <i>Health Insurance</i>	Maatschappij <i>Company</i>	Polisnummer <i>Policy number</i>

Contactpersoon in geval van nood / Person to be contacted in case of emergency

Naam <i>Name</i>	
Relatie met de deelnemer <i>Relationship with the participant</i>	
Adres <i>Address</i>	
Postcode en woonplaats <i>Postal code & place of residence</i>	
Telefoonnummer <i>Telephone number</i>	
Mobiel nummer <i>Cellphone number</i>	

Medische gegevens / Medical information

Maak indien nodig gebruik van een bijlage, voorzien van de naam van de deelnemer, voor het vermelden van de gevraagde gegevens.

Vraagt de gezondheid van uw zoon/dochter speciale zorg?

Does your son's/daughter's health require special care?

ja / yes nee / no

Zo ja, welke?

If yes, which?

Lijdt uw zoon/dochter aan astma, eczeem, hooikoorts, epilepsie of andere aandoeningen of is sprake van leer en/of gedragsstoornissen zoals ADHD of PDD-NOS?

ja / yes nee / no

Does your son/daughter suffer from Asthma, Eczema, Hayfever, Epilepsy or other illness?

Zo ja welke?

If yes, which?

Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?

Does your son/daughter have to take prescribed medicine?

ja / yes nee / no

Zo ja welke en wanneer?

If yes, specify time and name of medicine.

Is uw zoon/dochter allergisch?

Is your son/daughter allergic?

ja / yes nee / no

Zo ja, waarvoor?

If yes, for what?

Volgt uw zoon/dochter een dieet?

Does your son/daughter follow a diet?

ja / yes nee / no

Zo ja, wat?

If yes, what?

Is uw zoon/dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma?

ja / yes nee / no

Is your son/daughter vaccinated according to the Dutch vaccination program?

Gegevens arts / address physician

Naam en adres huisarts

Name and address family doctor

Naam / Name

Adres / Address

Telefoon / Telephone

Naam en adres tandarts

Name and address dentist

Naam / Name

Adres / Address

Telefoon / Telephone

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.

Datum

Date

Handtekening ouder/verzorger

Signature parent/guardian

In case I could not be contacted in time, I herewith consent to admittance of my son/daughter to hospital and to treatment in case of an emergency as indicated by a qualified physician.