**Medische gegevens kamp**

Print a.u.b. dit formulier uit en zet uw handtekening.

|  |
| --- |
| **Kind** |
| Voor- en achternaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geboorteplaats |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| **Contactgegevens** |  |
| Voor- en achternaam ouders/verzorgers |  |
| Telefoonnr. |  |
| Mobiel nummer |  |
| Evt. 2e mobiele nummer |  |
| **Bij afwezigheid contact opnemen met:** |  |
| Naam vrienden/familie |  |
| Telefoonnr. |  |
| mobielnummer |  |
| **Ziektekostenverzekering** |  |
| Verzekeringsmaatschappij |  |
| Polisnummer |  |
| Contactnummer |  |
| **Huisarts** |  |
| Naam huisarts |  |
| Telefoonnummer huisarts |  |
| Adres en woonplaats huisarts |  |
| Mogen wij, indien wij dat nodig achten met uw kind naar een huisarts, dan wel ziekenhuis? |  |
| **Gezondheidsinformatie** |  |
| Heeft u kind last van bedplassen? |  |
| Is uw kind ingeënt tegen Tetanus? |  |
| Laatste inentingsdatum? |  |
| Heeft uw kind een allergie? |  |
| Heeft uw kind last van heimwee? |  |
| Gebruikt uw kind medicijnen? |  |
| Moeten wij bij uw kind extra opletten of hij/zij voldoende eet? |  |
| Andere gezondheidsrisico’s? |  |
| **Overige informatie** |  |
| Mijn kind heeft zwemdiploma…? |  |
| Volgt uw kind een dieet uit overtuiging (geloof, vegetariër etc.)? |  |
| **Bijzonderheden** |  |

 Handtekening ouder:

……………………………..