

## Inschrijfformulier Zomerkamp 2021 Scouting Graaf Daron

Voornaam:

Achternaam:

Geboortedatum:

Speltak:

E-mailadres ouders:

Telefoonnummer ouders:

Bijzonderheden: (denk aan; niet alle dagen mee op kamp)

Op de volgende pagina's volgt het gezondheidsformulier, dit moeten wij volledig ingevuld hebben, anders is deelname aan het zomerkamp **niet** mogelijk. Dit inschrijfformulier en het gezondheidsformulier zijn onlosmakelijk aan elkaar verbonden.



**SCOUTING  
GRAAF DARON**



## Gezondheidsformulier

## Scoutinggroep Graaf Daron

### Persoonlijke gegevens

Achternaam : \_\_\_\_\_

Voornamen : \_\_\_\_\_ Roepnaam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_ Huisnummer. : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_ Mobiele Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_ Geboorteplaats : \_\_\_\_\_

Geslacht M / V

Kan en mag uw dochter/zoon zwemmen? Ja Nee

Zwemdiploma's : \_\_\_\_\_

### Verzekeringen

Zorgverzekeringsmaatschappij : \_\_\_\_\_ Polisnummer : \_\_\_\_\_

Graag een kopie van de Zorgverzekeringspas bij dit formulier toevoegen.

*Indien uw kind medicijnen gebruikt, graag een medicijnpas bij dit formulier toevoegen, dit kunt u bij uw apotheek verkrijgen.*

### Contactpersoon in geval van nood

Naam : \_\_\_\_\_

Relatie met de deelnemer : \_\_\_\_\_

E-mail adres : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_ Mobiele telefoonnummer : \_\_\_\_\_



**SCOUTING  
GRAAF DARON**



## Medische gegevens

*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 Ja Nee

*Zo ja, welke?* \_\_\_\_\_

---

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

---

Gebruikt uw zoon/dochter een dieet? Ja Nee

*Zo ja wat?* \_\_\_\_\_

---

## Gegevens arts

Naam huisarts : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

Adres huisarts : \_\_\_\_\_

Naam tandarts\* : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer\* : \_\_\_\_\_

Adres tandarts\* : \_\_\_\_\_

*\* niet verplicht om in te vullen*



**SCOUTING  
GRAAF DARON**



## **Ondertekening**

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

Plaats:

Datum:

Handtekening ouder/verzorger:

\*Indien uw kind medicijnen gebruikt dan is het hier onderstaande op u van toepassing.

Indien uw kind, zijn/haar medicatie niet in eigen beheer kan beheren, dit omdat uw kind bijv. de medicatie niet op de aangegeven tijden/redenen/wijze inneemt, en u wenst dat wij deze medicatie in ons beheer krijgen. Geeft u ons, dit middels het ondertekenen van dit formulier, toestemming om de medicatie van uw kind in bewaring te hebben. En vervolgens de juiste medicatie op de (door u) aangegeven tijden/redenen/wijze aan uw kind te geven.

Handtekening ouder/verzorger: