



SCOUTING HEIDEPARK

Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt voor activiteiten van **Scouting Heidepark**. De ingeleverde formulieren worden zorgvuldig bewaard en niet digitaal geregistreerd. De formulieren zijn alleen inzichtelijk voor het leidingteam van de betreffende speltak van uw kind. De formulieren worden zo snel mogelijk vernietigd na de activiteit waarvoor deze zijn aangevraagd.

Persoonlijke gegevens / Personal information

Achternaam
Surname

Voornamen
Christian names

Roepnaam
First name

Adres
Address

Postcode
Postal code

Woonplaats
Place of residence

Telefoonnummer
Telephone number

Geboortedatum
Date of Birth

Geslacht
Gender

Lidnummer Scouting Nederland
Membership number

Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen?
Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?

ja / yes

nee / no

Diploma's/Certificates

Verzekering / Insurance

Zorgverzekering
Health Insurance

Maatschappij
Company

Polisnummer
Policy number

Verzekering / Insurance

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

Naam
Name

Relatie met de deelnemer
Relationship with the participant

Telefoonnummer
Telephone number

Mobiel nummer
Cellphone number

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 of het gedrag van uw zoon/dochter speciale zorg?

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

ja / yes nee / no

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?

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

Tevens geef ik hierbij toestemming voor het verwerken van de gegevens als gedeeld in dit formulier.

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.

I also consent to the processing of the data as shared in this form.