**Veiligheid   
  
Gezondheidsformulier**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Persoonlijke gegevens* | | | | | |
| Achternaam |  | | | | |
| Voornamen |  | Roepnaam | |  | |
| Adres |  | | | | |
| Postcode |  | | Woonplaats | |  |
| Telefoonnummer |  | Godsdienst | | |  |
| Geboortedatum |  | Geboorteplaats | | |  |
| Geslacht | M / V | Lidnummer Scouting Nederland | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen? | □ ja | □ nee |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Verzekering /* Insurances | | | | |
| Aansprakelijkheidsverzekering | Maatschappij |  | Polisnummer |  |
| Ongevallenverzekering | Maatschappij |  | Polisnummer |  |
| Reisverzekering | Maatschappij |  | Polisnummer |  |
| Zorgverzekering | Maatschappij |  | Polisnummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Contactpersoon in geval van nood* | |
| Naam |  |
| Relatie met de deelnemer |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Mobiel nummer |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *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 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? |  | |
| Volgt uw zoon/dochter een dieet? | □ ja | □ nee |
| Zo ja, wat? |  | |
| Is uw zoon/dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma? | □ ja | □ nee |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Gegevens arts* | | |
| Naam en adres huisarts | Naam |  |
| Adres |  |
| Telefoon |  |
| Naam en adres tandarts | Naam |  |
| Adres |  |
| Telefoon |  |
| *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 | Handtekening ouder/verzorger |
|  |  |

**\* Ondertekening**

Ondertekening van het formulier is belangrijk om in geval van calamiteiten te kunnen handelen. Bij oudere deelnemers (18+) moet in plaats van de ouder/verzorger, natuurlijk de deelnemer zelf ondertekenen.

**Privacy**

De Teamleider zorgt dat het ingevulde formulier met zorg bewaard wordt. Het gaat om privacygevoelige gegevens waarbij het niet wenselijk is dat deze voor anderen dan de stafleden en eventuele artsen te lezen zijn. Deze zullen vernietigd worden als ze niet meer nodig zijn.