

Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt voor het komende jaar lidmaatschap van Scouting Puttershoek. De ingeleverde formulieren worden zorgvuldig bewaard en niet digitaal opgeslagen. De formulieren zijn alleen inzichtelijk voor het leidingteam van de speltak waar uw kind bij zit en worden zo snel mogelijk maar uiterlijk vier weken na het verlopen van het formulier of einde lidmaatschap vernietigd.

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>	Mobiel nummer: <i>Cellphone number</i>
Geboortedatum <i>Date of Birth</i>	E-mail adres <i>E-mail address</i>
Geslacht <i>Gender</i>	Lidnummer Scouting Nederland <i>Membership number</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

Heeft uw zoon/dochter last van heimwee? <i>Has your son/daughter troubling homesickness?</i>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nee / no
Heeft uw zoon/dochter last van reisziekte? <i>Has your son/daughter troubling carsickness?</i>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nee / no
Heeft uw zoon/dochter last van bedplassen? <i>Has your son/daughter troubling with wet the bed?</i>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nee / no
Draagt uw zoon/dochter een bril of lenzen? <i>Does your son/daughter wear glasses/lenses?</i>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nee / no
Volgt uw zoon/dochter speciaal onderwijs? <i>Does your son/daughter follow special education?</i>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nee / no

Verzekering / Insurance

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>
Telefoonnummer <i>Telephone number</i>
Mobiel nummer <i>Cellphone number</i>
E-mail adres <i>E-mail address</i>

Medische gegevens / Medical information

Maak indien nodig gebruik van een bijlage, voorzien van de naam van uw kind, 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.

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

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