



Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt voor het *Scoutingseizoen 2021-2022 van Scouting Amby*. De ingeleverde formulieren worden zorgvuldig bewaard en worden niet digitaal geregistreerd. De informatie zoals vermeld op dit formulier is alleen inzichtelijk voor het leidingteam van de speltak van uw zoon/dochter en worden zo snel mogelijk maar uiterlijk vier weken na afloop van het seizoen 2022 vernietigd.

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

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

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.

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.

Datum

Date

Handtekening ouder/verzorger

Signature parent/guardian