



Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt voor het *Scoutingseizoen 2025-2026 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 2026 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>	
Geboortedatum <i>Date of Birth</i>	
Geslacht <i>Gender</i>	Lidnummer Scouting Nederland <i>Membership number</i>

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 <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>

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