

Gezondheidsformulier



Speltak: _____

Datum : ____ - ____ - ____

Termijn van bewaren: tot 31 januari 2027

Algemene informatie:

Voornaam:	
Achternaam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	Mobielnr:
Geslacht: M / V	
Geboortedatum/plaats:	
Zwemdiploma's:	
E-mailadres ouders:	

Verzekering:

Naam zorgverzekering:
Polisnummer:

Contactpersoon 1 in geval van nood:

Naam:
Adres, postcode, woonplaats:
Telefoonnr:
Mobielnr (1):

Contactpersoon 2 in geval van nood:

Naam:
Adres, postcode, woonplaats:
Telefoonnr:
Mobielnr (2):

Huisarts:

Naam:
Adres, postcode, woonplaats:
Telefoonnr:

Gezondheidsformulier



Medische informatie:

Heeft uw zoon/dochter allergie? :
(astma, hooikoorts, eczeem)

Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen voor allergie? :
(zo ja, welke + gebruik)

Gebruikt uw zoon/dochter andere medicijnen :
(ADHD, lichamelijke klachten)
(zo ja, welke + gebruik)

Zijn er medicijnen die uw zoon/dochter :
beslist niet mag gebruiken?

Heeft uw zoon/dochter een dieet? :
(geen vlees, vis, melkproducten enz.)

Zijn er nog andere zaken waar we van op de hoogte moeten zijn, gebruik daarvoor de ruimte hieronder)