

Gezondheidsformulier



Speltak: _____

Datum : ____ - ____ - _____

Termijn van bewaren: tot 31 januari 2025

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)