**Veiligheid
Gezondheidsformulier / Health form**

|  |
| --- |
| 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* |  | Geboorteplaats*Place of birth* |  |
| Geslacht*Gender* |   | Lidnummer Scouting Nederland*Membership number* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nummer paspoort / Identiteitskaart*Number passport/ID-card* |  | Plaats van afgifte*Place of issue* |  |
| Geldig tot*Valid until* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 / Insurances |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 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* |  |
| Adres*Address* |  |
| Postcode en woonplaats*Postal code & place of residence* |  |
| Telefoonnummer*Telephone number* |  |
| Mobiel nummer*Cellphone number* |  |

|  |
| --- |
| Medische gegevens / Medical informationMaak 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?* |  |
| Is uw zoon/dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma?*Is your son/daughter vaccinated according to the Dutch vaccination program?* | □ ja / yes | □ nee / no |

|  |
| --- |
| 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.*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.* | Datum*Date* | Handtekening ouder/verzorger*Signature parent/guardian* |
|  |  |