**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 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?* |  | |
| 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* |
|  |  |