**Vragenlijst medische gegevens / akkoordverklaring**

--

**Wilt u deze lijst, geheel ingevuld, inleveren bij de leiding.
Na afloop van het kamp / evenement wordt deze lijst vernietigd.**

Scoutinggroep: Waterscouting Aquarius Dirkshorn

**Gegevens kind**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam |  : | Adres | :  |
| Woonplaats |  :  | Telefoon | :  |
| Geb. datum |  :  | Geb. plaats | :  |

**Hoe zijn de ouders / verzorgers tijdens de scouting activiteiten te bereiken:**

|  |  |
| --- | --- |
| Telefoon |  |
| Telefoon |  |

**Gegevens van uw huisarts**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam | :  |  |
| Adres | : |  |
| Telefoon | :  |  |

**Zorgverzekering**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Maatschappij: |  | Polis nr.: |  |

**Medicijngebruik**

|  |  |
| --- | --- |
| Gebruikt uw kind medicijnen? | Ja/nee |
| Zo ja: omschrijving en tijdstippen gebruik  |  |
| Naam medicijn | Ochtend 08:00 | Middag 12:00 | Avond 20:00 | Anders namelijk |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Opmerkingen over de medicijn-inname: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Zijn er medicijnen die uw kind beslist niet mag gebruiken Zo ja,naam medicijn: | Ja/nee  |
| Is uw kind ingeënt tegen D(K)TP en BMR | Ja/ nee |
| Is uw kind allergisch voor bepaalde stoffenZo ja, naam stof(fen): | Ja/ nee |
| Mag uw kind zwemmen  | Ja/ nee |
| Zijn er overige medische zaken die voor de leiding van belang kunnen zijn: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Akkoord verklaring** |  |
| Ik geef toestemming om mijn kind eenvoudige EHBO handelingen te laten ondergaandoor de leiding tijdens scouting activiteiten, indien de leiding dit noodzakelijk vindt.  | Ja/nee |
| Ik geef toestemming om mijn kind te laten behandelen door een lokale huisarts, indien de leiding dit noodzakelijk vindt.  | Ja/nee  |
| Bij een ongeval of ernstig ziektegeval neemt de leiding zo spoedig mogelijk contact op met de ouders/verzorgers. Indien het niet mogelijk is om tijdig contact met mij op te nemen, geef ik toestemming om, zonder mijn voorkennis, mijn kind in een ziekenhuis te laten behandelen en (zo nodig) op te laten nemen.  | Ja/nee |
| **Ondertekening** |
| Datum: | Naam ouder / verzorger: | Handtekening: |
|  |  |  |