



## Gezondheidsformulier

Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt voor de activiteit \_\_\_\_\_ van Scouting Johan en Cornelis de Witt te Dordrecht. De ingeleverde formulieren worden zorgvuldig bewaard en niet digitaal opgeslagen. De formulieren zijn alleen inzichtelijk voor het leidingteam van de speltak van uw kind/pupil en voor leden van het verenigingsbestuur. De formulieren worden zo snel mogelijk, maar uiterlijk vier weken na afloop van de activiteit vernietigd.

### 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*

---

Geslacht

*Gender*

Lidnummer Scouting Nederland

*Membership number*

---

Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen?

ja / yes

nee / no

*Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?*

Diploma's/Certificates

---



**Verzekering / Insurance**

Zorgverzekering

Maatschappij / Company

Polisnummer / Policy number

*Health Insurance*

---

**Contactpersoon in geval van nood / Person to be contacted in case of emergency**

Naam

*Name*

---

Relatie met de deelnemer

*Relationship with the participant*

---

Telefoonnummer

*Telephone number*

---

Mobiël 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 behaviour require special care?* ja / yes  nee / noZo ja, welke? / If yes, which?

---

Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?

 ja / yes  nee / no*Does your son/daughter have to take prescribed medicine?*

Zo ja welke en wanneer?

*If yes, specify time and name of medicine.*

---

Is uw zoon/dochter allergisch?

 ja / yes  nee / no*Is your son/daughter allergic?*Zo ja, waarvoor? / If yes, for what?

---

Volgt uw zoon/dochter een dieet?

 ja / yes  nee / no*Does your son/daughter follow a diet?*Zo ja, wat? / If yes, what?

---



**Gegevens arts / address physician**

Huisarts / Family doctor

Naam / Name

---

Adres / Address

---

Telefoon / Telephone

---

Tandarts / 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.*

Tevens geef ik hierbij toestemming voor het verwerken van de gegevens als gedeeld in dit formulier.

*I also consent to the processing of the data as shared in this form.*

Datum / Date

Handtekening ouder/verzorger / Signature parent/guardian

---

