

Persoonlijke gegevens van het Kind:

- Naam van het kind: _____
- Geboortedatum: _____
- Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw ☐ Anders
- School: _____
- Klas/Leefijdsgroep: _____

Medische geschiedenis:

1. Heeft uw kind momenteel een medische aandoening?
☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, welke? _____
2. Heeft uw kind ooit een operatie ondergaan?
☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, welke? _____
3. Gebruikt uw kind momenteel medicatie?
☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, welke? _____
4. Heeft uw kind allergieën?
☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, welke? _____
5. Heeft uw kind (in het verleden) last gehad van een van gezondheidsproblemen?
☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, welke? _____
6. Heeft uw kind een speciaal dieet of eetvoorkeuren?
☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, welke? _____

Noodcontact:

- Naam ouder/verzorger: _____
- Relatie tot het kind: _____
- Telefoonnummer: _____
- Tweede contactpersoon (optioneel): _____
- Telefoonnummer van tweede contactpersoon: _____

Contactgegevens van de huisarts:

- Naam: _____
- Adres: _____
- Telefoonnummer: _____

Handtekening:

Ik verklaar dat de bovenstaande informatie correct en volledig is naar mijn beste weten.

Handtekening ouder/verzorger: _____

Datum: _____