

GEZONDHEIDSFORMULIER/HEALTH FORM



Formulier voor leden van Scouting Nederland.
Form for members of Scouting Nederland.

Achternaam/Surname _____ Lidmaatschapsnr. _____
Voornamen/Christian names _____ Roepnaam/First name _____
Adres/Address _____
Postcode en woonplaats/Town _____
Telefoon/Telephone _____ Godsdienst/Religion _____
Geboortedatum/Date of Birth _____ Geslacht/Sex _____ M/V Male/Female
E-mail adres _____ E-mail adres ouders _____

Verzekering/Insurances

Wettelijke aansprakelijkheidsverz.

Third Party Insurances

Ongevallenverzekering

Accident Insurance

Bagageverzekering

Luggage Insurance

Reisverzekering

Travel Insurance

Verzekering via Scouting

Nederland

Insurance via Scouting Nederland

Ziekenfonds of ziektekostenverz.

Sick-fund _____ naam _____ nummer _____

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

Naam/Name _____

Adres/Address _____

Postcode en woonplaats/Town _____

Telefoon/Telephone _____

Scoutinggroep

Naam/Name

Keizer Karel Groep

Adres/Address

Zonnestein 64

Postcode en woonplaats/Town

1181LS Amstelveen

Groepsnummer

1861 (oud: 110611)

Telefoon

020-6451992

Zie pagina 2, See page 2





Vraagt de gezondheid van uw zoon/dochter speciale zorg? Does the health of your son/daughter need special care? Zo ja, welke? If yes which?	Ja/yes	nee/no
Lijdt uw zoon/dochter aan: astma, eczeem, hooikoors, epilepsie, e.a.? Does your son/daughter suffer from: Asthma, Eczeme, Hay-fever, Epilepsy, etc.? Zo ja welke? If yes which?	ja/yes	nee/no
Moet hij/zij medicijnen gebruiken? Does he/she takes medicins Zo ja wat en wanneer? If yes specify	ja/yes	nee/no
Kan uw zoon/dochter zwemmen? Is your son/daughter able to swim? Diploma's/Certificates	ja/yes	nee/no
Mag uw zoon/dochter zwemmen? Is your son/daughter allowed to swim?	ja/yes	nee/no
Tegen welke ziekten is hij/zij ingeent? Vul de laatste datum inenting in. If he/she has been vaccinated, give date of last vaccination	Polio _____ Tetanus _____ Typhus _____	Pokken _____
Naam en adres huisarts Name and address family doctor	Naam/Name _____ Adres/Address _____ Telefoon/Telephone _____	
Eventueel dieet/Diet?	ja/yes _____	nee/no _____
Zijn er medicijnen die uw zoon/dochter beslist niet mag gebruiken? Does your son/daughter have any allergies (drugs, vaccines, penicillin, etc.)? Zo ja, welke? If yes which?	ja/yes _____	nee/no _____
In geval van nood, zulks ter beoordeling van een arts, geef ik toestemming mijn zoon/dochter te laten opnemen en behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, indien het niet mogelijk bleek tijdig contract op te nemen In case of medical emergency, secure proper treatment for and to order surgery etc. for my child, in event I can not be reached.	Datum/Date _____	Handtekening ouder/verzorger Signature parent/guardian

