**Veiligheid  
Gezondheidsformulier / Health form**

**Scouting Johannes Post Groep Assen**

Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt voor de activiteiten van scoutinggroep Johannes Post Groep. De ingeleverde formulieren worden zorgvuldig bewaard. De formulieren zijn alleen inzichtelijk voor het leidingteam van de betreffende speltak en worden aan het einde van het seizoen vernietigd.

Het formulier kan ondertekend worden ingeleverd bij de leiding van de betreffende speltak. De leiding kan bij een nieuw seizoen opnieuw vragen om de gegevens in te vullen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Persoonlijke gegevens / Personal information | | | | | |
| Achternaam |  | | | | |
| Voornamen |  | Roepnaam | |  | |
| Adres |  | | | | |
| Postcode |  | | Woonplaats | |  |
| Telefoonnummer |  |  | | |  |
| Geboortedatum |  |  | | |  |
| Geslacht |  | Lidnummer Scouting Nederland | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen? | □ ja | □ nee |
| Diploma’s |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Verzekering / Insurance | | | | |
| Zorgverzekering | Maatschappij |  | Polisnummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Contactpersoon in geval van nood | |
| Naam |  |
| Relatie met de deelnemer |  |
| Telefoonnummer |  |
| Mobiel nummer |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medische gegevens 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? | □ ja | □ nee |
| Zo ja, welke? |  | |
| Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen? | □ ja | □ nee |
| *Zo ja welke en wanneer?* |  | |
| Is uw zoon/dochter allergisch? | □ ja | □ nee |
| Zo ja, waarvoor? |  | |
| Volgt uw zoon/dochter een dieet? | □ ja | □ nee |
| Zo ja, wat? |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gegevens arts | | |
| Naam en adres huisarts | Naam |  |
| Adres |  |
| Telefoon |  |
| Naam en adres tandarts | Naam |  |
| Adres |  |
| Telefoon |  |
| 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.  Tevens geef ik hierbij toestemming voor het verwerken van de gegevens als gedeeld in dit formulier. | Datum | Handtekening ouder/verzorger |
|  |  |

## 