



# SCOUTING STARRENBURG

Lid van Scouting Nederland

## GEZONDHEIDSFORMULIER

pagina 1 van 2

voor (jeugd)leden die deelnemen aan georganiseerde activiteiten.

Naam \_\_\_\_\_ Roepnaam \_\_\_\_\_  
Voornamen \_\_\_\_\_ E-mailadres lid \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_ E-mailadres ouders \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_ Geboorteplaats \_\_\_\_\_ Geslacht  M  V  
Lidnummer Scouting Nederland \_\_\_\_\_ BSN \_\_\_\_\_  
Huidig onderdeel  Bevers  Welpen  Scouts  Explorers  Stam/Leiding

### Contactpersoon in geval van nood (indien op bovenstaand adres niemand bereikbaar is)

Naam \_\_\_\_\_ Voorletters \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_ Relatie tot lid \_\_\_\_\_

### Verzekeringen

Wettelijke Aansprakelijkheidsverzekering \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_  
Ziekenfonds/Ziektekostenverzekering \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_

### Gezondheid

Vraagt de gezondheid speciale zorg  Ja  Nee

Zo ja, welke \_\_\_\_\_

Lijdt hij/zij aan: ADHD, astma, eczeem, hooikoors, epilepsie of andere aandoeningen?  Ja  Nee

Zo ja, welke \_\_\_\_\_

Heeft hij/zij moeite met bepaalde dingen, zoals lezen, schrijven, praten e.d.

Nee

Ja, namelijk \_\_\_\_\_

Gebruikt hij/zij medicijnen  Ja  Nee

Zo ja, welke en wanneer \_\_\_\_\_

Zijn er medicijnen die hij/zij beslist niet mag gebruiken  Ja  Nee

Zo ja, welke \_\_\_\_\_

Heeft hij/zij allergieën  Ja  Nee

Zo ja, welke \_\_\_\_\_

Naam huisarts \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Naam tandarts \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

VERGEET NIET HET FORMULIER TE ONDERTEKENEN AAN DE ACHTERZIJDE

Z.O.Z.



# SCOUTING STARRENBURG

Lid van Scouting Nederland

## GEZONDHEIDSFORMULIER

pagina 2 van 2

voor (jeugd)leden die deelnemen aan georganiseerde activiteiten.

### Dieet

Heeft hij/zij een dieet

Ja  Nee

Zo ja, welk \_\_\_\_\_

Wat mag/lust hij/zij beslist niet \_\_\_\_\_

### Overigen

Kan hij/zij zwemmen

Ja  Nee

Heeft zwemdiploma:

A  B  C

Mag hij/zij zwemmen

Ja  Nee

Aanvullende opmerkingen \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

### Ondertekening

Bij minderjarigen dient dit formulier door een ouder of verzorger ondertekend te worden.

*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 contact op te nemen.*

Naam \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_