

Medisch formulier

Medical form



Pasfoto
Photo

Dit medisch formulier is inzichtelijk voor het stafteam van uw zoon/dochter en indien nodig voor het bestuur van Scouting Hubertus-Brandaan. Het dient om (snel) over de juiste gegevens te beschikken, om optimaal voor uw kind zorg te dragen.

This medical form is accessible only for the group leaders of your son/daughter and if necessary for the board of Scouting Hubertus-Brandaan. It's purpose is to have the appropriate details quickly available, in order to take optimal care for your child.

Persoonlijke gegevens Personal information

Achternaam
Surname _____

Voornaam
First name _____

Adres
Address _____

Postcode
Postal code _____

Woonplaats
Place of residence _____

Telefoon
Telephone _____

In geval van nood
In case of emergency _____

E-mailadres
E-mail address _____

Geboortedatum
Date of Birth _____

Aanvullende informatie Additional information

Polisnummer
Policy number _____

Verzekering maatschappij
Name insurance company _____

Heeft uw zoon/dochter een zwemdiploma?
Does your son/daughter have a swimming certificate?

Nee Ja
No Yes

Vraagt de gezondheid of het gedrag van uw zoon/dochter speciale zorg of aandacht?
Does your son's/daughter's health or behavior require special care or attention?

Nee Ja. Welke?
No Yes. Specify. _____

Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?
Does your son/daughter have to take prescribed medicine(s)?

Nee Ja. Welke en wanneer?
No Yes. Specify time and medicine. _____

Is uw zoon/dochter allergisch?
Is your son/daughter allergic?

Nee Ja. Waarvoor?
No Yes. For what? _____

Volgt uw zoon/dochter een dieet?
Does your son/daughter follow a diet?

Nee Ja. Welk dieet?
No Yes. What diet? _____

Mijn zoon/dochter heeft klachten die lijken op COVID-19, maar zijn dit aantoonbaar niet (bijvoorbeeld hoikoorts). Voeg dokterverklaring bij.
My son/daughter has symptoms which appear similar to those of COVID-19, but refutably aren't (e.g. hey fever). Please add doctors note.

Nee Ja. Welke klachten?
No Yes. What symptoms? _____

Gegevens arts Details physician

Naam
Name: _____

Adres
Address: _____

Telefoon
Telephone: _____

Ondertekening Signature

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.

Datum
Date _____

Handtekening ouder/verzorger
Signature parent/guardian _____



Hubertus-Brandaan is lid
van Scouting Nederland

Vul in Fill out

Lever in Hand in

Oosteinde 144, 2271 EJ Voorburg
070-387 53 97 (woensdagavond en zaterdag)
www.hubertus-brandaan.nl