

MEDISCHE FICHE

Naam: _____ Voornaam _____

Straat: _____ nr: _____

Gemeente _____

Telefoonnummer : _____ GSM-nummer: _____

E-mailadressen ouders: _____

Naam ziekenfonds: _____

Naam huisarts: _____

Telefoonnummer huisarts: _____

Lengte: _____ Gewicht: _____

Datum laatste tetanusvaccinatie: _____

Bloedgroep (indien gekend): _____

Allergie:

voor voedsel: welk?

voor medicatie: welke?

andere allergieën (waarmee rekening gehouden moet worden)

Aangepast dieet:

vegetariër

glutenvrij

lactosevrij

diabetes

Te nemen medicatie tijdens de zeeklassen, ENKEL met GELDIG doktersattest: (wat, wanneer, hoe)

Heeft je kind last van reisziekte?

Heeft je kind last van bedwateren?

Heeft je kind last van astma?

Heeft je kind last van andere lichamelijke aandoeningen?

Zo ja, welke?

Zijn er andere dingen in verband met zijn/haar gezondheid die belangrijk zijn om te weten? Zo ja, welke? _____

Ik, _____ verklaar hierbij dat dit formulier eerlijk is ingevuld en dat de begeleiders van de zeeklassen medicijnen mogen toedienen aan mijn zoon/dochter indien dit nodig is.

Dit formulier wordt enkel gebruikt om problemen tijdens de zeeklassen te vermijden. De inhoud van dit formulier is strikt vertrouwelijk en zal met de nodige discretie behandeld worden.

Handtekening ouders