



Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt voor alle Scoutingopkomsten die vallen onder de noemer Scouting van Scouting Ruitergidsen Anne de Guigné. De ingeleverde formulieren worden zorgvuldig bewaard en NIET digitaal geregistreerd in Scouts Online als aanvullende lid gegevens. De formulieren zijn alleen inzichtelijk voor het leidingteam van de betreffende speltak en worden zo snel mogelijk maar uiterlijk vier weken na het opzeggen van het lidmaatschap vernietigd.

Bij wijzigingen in de gegevens dient het lid zelf oftewel de wettelijke vertegenwoordiger zelf zorg te dragen dat deze gegevens aangepast worden.

Persoonlijke gegevens / Personal information

Achternaam <i>Surname</i>	
Voornamen <i>Christian names</i>	Roepnaam <i>First name</i>
Adres <i>Address</i>	
Postcode <i>Postal code</i>	Woonplaats <i>Place of residence</i>
Telefoonnummer <i>Telephone number</i>	
Geboortedatum <i>Date of Birth</i>	
Geslacht <i>Gender</i>	Lidnummer Scouting Nederland <i>Membership number</i>

Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen?
Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?

 ja / yes

 nee / no

Diploma's/Certificates

Verzekering / Insurance

Zorgverzekering <i>Health Insurance</i>	Maatschappij <i>Company</i>	Polisnummer <i>Policy number</i>
--	--------------------------------	-------------------------------------

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

Naam

Name

Relatie met de deelnemer

Relationship with the participant

Telefoonnummer

Telephone number

Mobiel nummer

Cellphone number

Medische gegevens / Medical information

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?

Does your son's/daughter's health or behavior require special care?

ja / yes nee / no

Zo ja, welke?

If yes, which?

Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?

Does your son/daughter have to take prescribed medicine?

ja / yes nee / no

Zo ja welke en wanneer?

If yes, specify time and name of medicine.

Is uw zoon/dochter allergisch?

Is your son/daughter allergic?

ja / yes nee / no

Zo ja, waarvoor?

If yes, for what?

Volgt uw zoon/dochter een dieet?

Does your son/daughter follow a diet?

ja / yes nee / no

Zo ja, wat?

If yes, what?

Gegevens arts / address physician

Naam en adres huisarts <i>Name and address family doctor</i>	Naam / <i>Name</i>
	Adres / <i>Address</i>
	Telefoon / <i>Telephone</i>
Naam en adres apotheek <i>Name and address pharmacy</i>	Naam/ <i>Name</i>
	Adres/ <i>Address</i>
	Telefoon/ <i>Telephone</i>
Naam en adres tandarts <i>Name and address dentist</i>	Naam / <i>Name</i>
	Adres / <i>Address</i>
	Telefoon / <i>Telephone</i>

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.	Datum <i>Date</i>	Handtekening ouder/verzorger <i>Signature parent/guardian</i>
--	----------------------	--

Tevens geef ik hierbij toestemming voor het verwerken van de gegevens als gedeeld in dit formulier.

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.

I also consent to the processing of the data as shared in this form.