****Medische fiche***KLJ-Zandhoven*

Naam: .........................................................................................................................................
Adres:................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Telefoonnummer thuis: ..............................................................................................................
GSM mama en/of papa: .............................................................................................................
Telefoonnummer indien afwezigheid ouders (+naam): ............................................................

Naam ziekenfonds: ....................................................................................................................
KIDS-ID nummer: .......................................................................................................................
Naam huisarts: ...........................................................................................................................
Telefoonnummer(s) huisarts: ....................................................................................................

Allergie voor: ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Te nemen medicatie tijdens kampperiode:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam geneesmiddel | Wanneer? (aantal keer per dag)  | Hoeveel?  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Reisziekte? JA/NEE
Bedwateren? JA/NEE
Rugkwalen? JA/NEE
Knieletsels? JA/NEE
Hooikoorts? JA/NEE
Astma? JA/NEE
Andere lichamelijke aandoeningen? JA/NEE
Zo ja, welke? ................................................................................................................................

Mag de leiding in geval van problemen de huisarts raadplegen? JA/NEE
Zijn er andere dingen in verband met je gezondheid die belangrijk zijn om te weten? Zo ja, welke?
..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Kan je aan alle activiteiten deelnemen? JA/NEE
Indien nee, welke niet? ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Zijn er nog andere inlichtingen of opmerkingen die je wil meegeven?
...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Ik verklaar hierbij dat dit formulier eerlijk is ingevuld.

Handtekening ouder(s)