****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)