**Persoonlijke gegevens / *Personal information***



*© Scouting Nederland juni 2013*

Naam

*Name*

Relatie met de deelnemer

*Relationship with the participant*

Adres

*Address*

Postcode en woonplaats

*Postal code &*

*place of residence*

Telefoonnummer

*Telephone number*

Mobiel nummer

*Cellphone number*



**Veiligheid**

Gezondheidsformulier / Health form

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Achternaam  *Surname* | |  | |
| Voornamen  *Christian names* | | Roepnaam  *First name* | |
| Adres  *Address* | |  | |
| Postcode  *Postal code* | | Woonplaats  *Place of residence* | |
| Telefoonnummer  *Telephone number* | | Godsdienst  *Religion* | |
| Geboortedatum  *Date of Birth* | | Geboorteplaats  *Place of birth* | |
| Geslacht M / V  *Gender* | | Lidnummer Scouting Nederland  *Membership number* | |
| Nummer paspoort / Identiteitskaart *Number passport/ID-card* | | Plaats van afgifte  *Place of issue* | |
| Geldig tot  *Valid until* | |  |  |
| Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen?  *Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?*    Diploma’s/*Certificates* | | □ ja / yes | □ nee / no |
| **Verzekering / *Insurances*** |  |  |  |
| Aansprakelijkheidsverzekering *Liability Insurance* | Maatschappij *Company* |  | Polisnummer  *Policy number* |
| Ongevallenverzekering *Accident Insurance* | Maatschappij *Company* |  | Polisnummer  *Policy number* |
| Reisverzekering  *Travel Insurance* | Maatschappij *Company* |  | Polisnummer  *Policy number* |
| Zorgverzekering *Health Insurance* | Maatschappij *Company* |  | Polisnummer *Policy number* |

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



*© Scouting Nederland juni 2013*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vraagt de gezondheid van uw zoon/dochter speciale zorg? *Does your son’s/daughter’s health require special care?*    Zo ja, welke?  *If yes, which?* | | □ ja / yes | □ nee / no |
| Lijdt uw zoon/dochter aan astma, eczeem, hooikoorts, epilepsie of andere aandoeningen of is sprake van leer en/of gedragsstoornissen zoals ADHD of  PDD-NOS?  *Does your son/daughter suffer from Asthma, Eczema, Hayfever, Epilepsy or other illness?*    Zo ja welke?  *If yes, which?* | | □ ja / yes | □ nee / no |
| Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?  *Does your son/daughter have to take prescribed medicine?*    *Zo ja welke en wanneer?*  *If yes, specify time and name of medicine.* | | □ ja / yes | □ nee / no |
| Is uw zoon/dochter allergisch?  *Is your son/daughter allergic?*    Zo ja, waarvoor?  *If yes, for what?* | | □ ja / yes | □ nee / no |
| Volgt uw zoon/dochter een dieet?  *Does your son/daughter follow a diet?*    Zo ja, wat?  *If yes, what?* | | □ ja / yes | □ nee / no |
| Is uw zoon/dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma? *Is your son/daughter vaccinated according to th*    **Gegevens arts */ address physician*** | *e Dutch vaccination program?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| Naam en adres huisarts  *Name and address family doctor* | Naam / *Name* |  |  |
| Adres / *Address* |  |  |
| Telefoon / *Telephone* |  |  |
| Naam en adres tandarts *Name and address dentist* | Naam / *Name* |  |  |
| Adres / *Address* |  |  |
| Telefoon / *Telephone* |  |  |
| **Ondertekening** |  |  |  |

In geval van nood, ter beoordeling van een Datum Handtekening ouder/verzorger

arts, geef ik hierbij toestemming mijn *Date* *Signature parent/guardian*

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.*