

Deze website maakt gebruik van cookies. Door gebruik te maken van deze website geeft u toestemming voor het plaatsen van cookies.

[Akkoord](#) [Meer informatie](#)

# Medische fiche

## Pagina 1

### Medische fiche

#### Identiteitsgegevens

Voornaam \*

Naam \*

Geboortedatum \*

dag \*

[Dag](#)

maand \*

[Maand](#)

jaar \*

[Jaar](#)

Straat \*

Hnr \*

Bus

Postcode \*

Stad/gemeente \*

Voornaam ouder/voogd \*

Naam ouder/voogd \*

E-mail \*

Telefoon/GSM \*

#### Eventueel tweede verblijfplaats

Straat

Hnr

Bus

Postcode

Stad/gemeente

Land

Voornaam ouder/voogd

Naam ouder/voogd

E-mail

Telefoon/GSM

### Extra contactpersoon bij afwezigheid van ouder/voogd

Voornaam

Naam

Relatie tot het kind

Telefoon/GSM

### Andere informatie

Mag uw kind zelfstandig naar huis na afloop van de activiteiten? \*

Ja

Neen

Het formulier "**TOESTEMMING alleen naar huis**" moet ingevuld worden en aan de [sportdienst](#) of [jeugddienst](#) bezorgd worden.

### Medische gegevens

Behoort uw kind tot een risicogroep of is er sprake van een chronische aandoening? \*

Ja

Neen

Je kan informatie vinden over wie tot de risicogroepen behoort via [deze weblink](#).

Is er toestemming van de arts en/of ouder/voogd om deel te nemen aan de activiteiten? \*

Ja

Neen

Heeft uw kind een ziekte of beperkingen? \*

Ja

Neen

Voorbeelden: suikerziekte, huidaandoeningen, epilepsie, astma, ...

Waar moeten we rekening mee houden? \*

Moet uw kind tijdens de activiteiten specifieke medicatie krijgen? \*

... moet uw kind tijdens de gebruikelijk opgenomen medicatie krijgen:

- Ja  
 Neen

Als organisatie is het niet toegelaten om op eigen initiatief medicatie te geven aan minderjarigen. Ook niet als dit geneesmiddel verkregen kan worden zonder voorschrift. In het geval uw kind specifieke medicatie moet krijgen, vragen wij u ons een officieel medisch attest te bezorgen.

Choose File No file selected

Is uw kind gevaccineerd voor tetanus? \*

- Ja  
 Neen

Datum laatste inenting \*

dd-mm-yyyy

September

2020

**Ma Din Woe Don Vr Za Zon**

31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11

Zijn er belangrijke opmerkingen welke de organisatie en begeleiding zeker moeten weten? \*

- Ja  
 Neen

Voorbeelden: allergieën, hooikoorts, ADHD, ASS, ...

Waar moeten we rekening mee houden? \*

Naam huisarts \*

Telefoon huisarts \*

Ik geef als ouder/voogd mijn toestemming om, wanneer er snelle reactie nodig is, rechtstreeks contact op te nemen met de huisarts van mijn kind: \*

- Ja  
 Neen

**Ondergetekende verklaart dat de ingevulde gegevens volledig en correct zijn en geeft de uitdrukkelijke toestemming met de verwerking ervan.**

Meer info over ons privacybeleid vindt u in onze privacyverklaring op [www.aartselaar.be/privacy](http://www.aartselaar.be/privacy).

Opgelet: door op '**volgende**' te klikken, krijgt u een overzichtspagina ter controle. Vervolgens dient u het formulier te '**verzenden**'.

[Volgende](#)

