**MEDISCHE FICHE KSA roodkapjes Veurne**

Gelieve deze fiche zorgvuldig in te vullen en af te geven aan de takverantwoordelijke. Voeg daarbij een kleefbriefje van uw zoon/dochter. Indien er bepaalde gegevens zijn waarvan u denkt dat ze betrekking hebben op de gezondheid van uw kind en ze zijn niet vermeld op deze fiche, gelieve ze dan onderaan bij opmerkingen te noteren. Deze informatie is strikt vertrouwelijk en wordt niet doorverteld.

Naam en voornaam kind: …………………………………………………......................................

Adres: ……………………………………………………………………….......................................

....................................................................................................................................................

Telefoonnummer: …………………………………………………………………….........................

Geboortedatum: ……………………………………………………………......................................

Naam en voornaam vader: ........................................................................................................

Naam en voornaam moeder: .....................................................................................................

Bereikbaarheid van de ouders tijdens de activiteiten: ……………………...................................

…………………………………………………………………………………....................................

Naam en adres huisarts: ………………………………………......................................................

…………………………………………………………………………………....................................

Telefoonnummer huisarts: …………………….………………………….......................................

Naam en adres ziekenfonds: ……………………………………………........................................

Bloedgroep: …………………….….. Resusfactor: …………………….........................................

Mag uw zoon/dochter zwemmen? ………………………………................................................

Lijdt uw zoon/dochter aan een bepaalde ziekte (suikerziekte, astma, huidaandoeningen, epilepsie,…)? ….………….……..................................................................................................
…………………………………………………………………………………....................................

Werd uw kind ingeënt tegen tetanus? Ja / Neen. In welk jaar?: ……….....................................

Lijdt uw kind aan een bepaalde allergie (geneesmiddelen, dieren, bepaalde stoffen,...)? ....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

Moet uw kind een dieet volgen of mag het bepaalde voedingsstoffen niet eten? ....................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Moet uw kind medicatie nemen tijdens de activiteiten? Zo ja, welke, welke dosis en wanneer? ...................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………....................................

Heeft uw kind specifieke gedragsstoornissen (Bv. ADHD, autisme,…) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Eventuele opmerkingen: …………………………………………………........................................

…………………………………………………………………………………....................................

Handtekening + datum ondertekening