

MEDISCHE STEEKKAART

Activiteit:



Naam kind:.....

Adres:.....

.....

Telefoon:..... Geboortedatum:.....

- Indien u afwezig bent tijdens het weekend, gelieve dan uw voorlopig adres te noteren of het adres van een persoon die beschikbaar is.

Naam:.....

Adres:.....

.....

Telefoon:.....

Naam van uw huisarts:.....

Telefoon van uw huisarts:.....

Bloedgroep van uw kind:.....

Heeft uw kind een belangrijke ziekte gehad of een heelkundige ingreep ondergaan?

.....

.....

Lijdt uw kind aan een chronische ziekte?(Suikerziekte,epilepsie,astma,hartaandoeningen,...)

.....

.....

Is uw kind allergisch voor:

Geneesmiddelen? Welke?.....

Bepaalde stoffen of levensmiddelen? Welke?.....

Werd uw kind gevaccineerd tegen tetanus? Wanneer?.....

Moet uw kind geneesmiddelen nemen tijdens het kamp? Welke, wanneer, hoeveel?

.....

.....

Andere inlichtingen of opmerkingen:

.....

.....

.....

Ondergetekende verklaart kennis genomen te hebben van dit formulier en bevestigt de juistheid van de hierboven gegeven inlichtingen.

Datum:..... Handtekening:

N.B. Gelieve twee kleefbriefjes van het ziekenfonds toe te voegen

Dit document wordt na het initiatief vernietigd.