

GEZONDHEIDSSTEEKKAART

(De gegevens worden vertrouwelijk behandeld en worden na het vakantieplein vernietigd)

Deze informatie zal gebruikt worden voor de dagelijkse opvolging van uw kind en is enkel bestemd voor intern gebruik door onze medewerkers en eventueel door geraadpleegde mensen uit de gezondheidszorg. Overeenkomstig de wet op de privacy betreffende de persoonlijke gegevens, kan u deze op elk moment raadplegen en wijzigen.

<u>DEELNEMER</u>	
Naam,voornaam:geboortedatum :	
Adres:tel. :	
<p><u>Te contacteren persoon bij noodgeval:</u></p> Mama - GSM: Papa - GSM :..... Andere/ Voogd GSM :.....	<p><u>Specifieke medische gegevens :</u></p> <p><u>Omcirkel:</u> hartproblemen, epilepsie, astma, suikerziekte, reisziekte, reuma, slapeloosheid, huidziekte, motorische of mentale handicap. .</p> <p>Andere :</p> <p>Vermeldt hierbij ook de frequentie, de ernst en de te nemen maatregelen om ze te vermijden en/of juist te handelen:.....</p> <p><u>Belangrijke opmerking betreffende de medicijnen.</u></p> <p><i>De animatoren beschikken over een EHBO-tas. In bijzondere gevallen of in afwachting van de komst van een dokter, mogen zij de hierna vernoemde medicijnen toedienen.</i></p> <p><i>een ontsmettingsmiddel , een herstellende zalf in geval van zonnebrand en een verzachtende zalf in geval van insectenbeten.</i></p> <p><i>Bij noodgevallen worden de ouders/voogden zo vlug mogelijk verwittigd. Indien deze niet bereikbaar zijn en het echt nodig blijkt, zal de behandeling zonder hun toestemming gebeuren</i></p>
<p style="text-align: center;"><u>Huisarts (naam en tel.)</u></p> Naam:.....tel :.....	Ziekte /medische ingreep (bijv. Mazelen, appendicitis...): ja/neen. Zo ja , welke :..... Vaccin tetanos: ja/neen - zo ja, het jaar :..... Dieet ? Specifieer : Andere belangrijke inlichtingen ?(slaapproblemen, nachtelijke incontinentie, geestelijke of lichamelijke problemen, het dragen van een bril of hoorapparaat...) Medicijngebruik (alleen met een medisch attest) : ja/ neen Zo ja, welke : Neemt hij/zij de medicijnen zelfstandig? Ja / neen
<p><u>Zwemmen vanaf 5 jaar</u> (kan hij/zij zwemmen) :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Heel goed/ Goed/ Middelmatig<input type="radio"/> Moeilijk/ helemaal niet/ Waterangst	<p style="text-align: center;"><u>Handicap :</u></p> <p><u>Gelieve onze dienst voorafgaand de inschrijving te contacteren op 02/423.12.93</u></p>
<p><u>Allergieën</u> (substanties, voedingswaren, medicijnen...): Ja / Neen . Zo ja, welke:</p> Gevolgen:	

Ik geef mijn akkoord opdat de nodig geachte behandelingen tijdens het verblijf van mijn kind zouden worden toegepast door de verantwoordelijke van het vakantiecentrum of door de medische dienst hierbij betrokken. Ik geef aan de dokter ter plaatse toelating om de beslissingen te nemen die hij dringend en nodig acht om de gezondheidstoestand van mijn kind te verzekeren, zelfs indien het hier om een chirurgische ingreep gaat. »

Datum en handtekening van de ouder/voogd,