DE KATWIJKSE ZEEVERKENNERS

Zomerkamp 2026

Persoonlijke gegevens

Naam :
Adres :
Postcode :
Plaats :
E-mailadres :
Geboortedatum :

Waar is uw kind verzekerd :
Polisnummer :
Naam huisarts :
Telefoon huisarts :

Heeft uw kind zwemdiploma's :

Bijzonderheden:

Contactpersoon in geval van nood

	Naam	Telefoonnummer	Relatie
1			
2			
3			
4			
5			

Medische gegevens

Vraagt de gezondheid van uw zoon speciale zorg? Zo ja, welke?

Lijdt uw zoon/dochter aan ADHD, astma, eczeem, hooikoorts, epilepsie of andere aandoeningen? Zo ja, welke?

Gebruikt uw zoon medicatie? Zo ja, welke, wanneer en wat is het gebruik ervan?

Is uw zoon allergisch? Zo ja, waarvoor?

Volgt uw zoon een dieet? Zo ja, wat? (Incl. lust-niet-lijst)

Ondertekening

In geval van nood, ter beoordeling van een arts, geef ik hierbij toestemming mijn zoon te laten opnemen en/of behandelen door een huisarts, tandarts, ziekenhuis, enz., zonder mijn voorkennis, wanneer het niet mogelijk was tijdig contact met mij op te nemen. Ook geef ik hierbij toestemming voor het verwerken van de gegevens als gedeeld in dit formulier.

Datum

Handtekening