

Afdeling: \_\_\_\_\_

## **Medische fiche Bivak Chiro Ierlinck**

### **Persoonlijke gegevens**

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Naam van de ouder/voogd: \_\_\_\_\_

Telefoon van de ouder/voogd: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

Bezit jouw kind een talent ? (Instrument bespelen, zingen, dansen ...)

\_\_\_\_\_

Wenst u na het een kamp een fiscaal attest te ontvangen ? JA / NEEN

### **Gegevens van een persoon die bereikbaar is bij afwezigheid van ouder/voogd**

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

### **Medische gegevens**

Naam huisarts: \_\_\_\_\_

Telefoon huisarts: \_\_\_\_\_

Mag uw kind deelnemen aan volgende activiteiten ? (Omcirkel de activiteit waaraan uw kind mag deelnemen)

Sport

spel

tocht

zwemmen

Opmerkingen: \_\_\_\_\_

Zijn er aandachtspunten waar de leiding rekening dient te houden ?  
(Vlug moe, bedwateren, slaapwandelen, gevoelige darmen ...)

\_\_\_\_\_

Lijdt uw kind aan een ziekte ?

(Astma, suikerziekte, epilepsie, huidaandoening, hartaandoening ...)

\_\_\_\_\_

Is uw kind gevoelig of allergisch voor:

Geneesmiddelen: \_\_\_\_\_

Bepaalde stoffen of levensmiddelen: \_\_\_\_\_

Werd uw kind gevaccineerd tegen tetanus (klem) ? JA / NEEN Jaar \_\_\_\_\_

Indien uw kind tijdens het bivak medicatie moet innemen kan u dat hieronder vermelden. (Wat, wanneer, in welke hoeveelheden ...)

\_\_\_\_\_

Andere inlichtingen:

\_\_\_\_\_

Handtekening en datum