



MEDISCHE INLICHTINGENCHEFICHE

• Gegevens van het kind

Naam :

Voornaam :

Geboortedatum : ... / ... /

Geboorteplaats :

Nationaliteit :

Geslacht :

• Medische Gegevens

Bloedgroep :

Moet uw kind medicatie nemen ?

ja (naam+tijdstip+hoeveelheid invullen in de onderstaande tabel)

neen

naam medicijn	hoeveelheid	tijdstip

Heeft uw kind last van allergie(ën) ?

ja (wat bij opkomen van allergie invullen in de onderstaande tabel)

neen

allergie	wat te doen bij opkomen van de allergie ?



Heeft uw kind astma of epilepsie ?

- ja
 - astma
 - epilepsie
- neen

Werd uw kind gevaccineerd tegen tetanos (klem)

- ja (datum laatste inspuiting : ... / ... /)
- neen

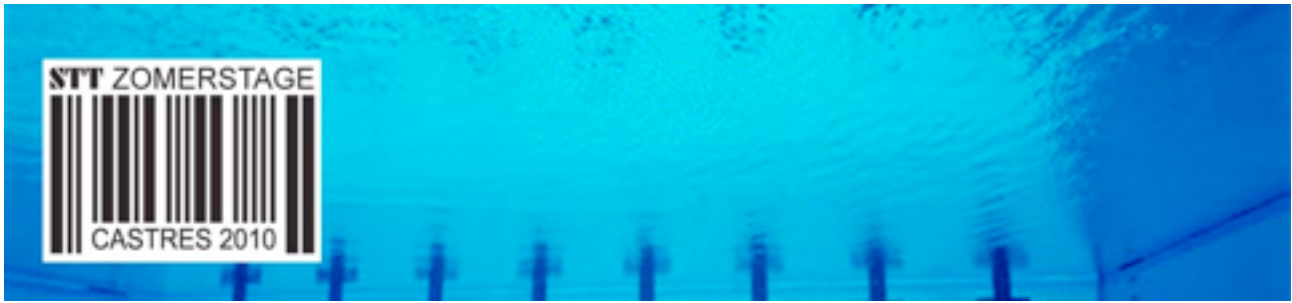
Moet uw kind een speciaal dieet volgen ?

- ja
 - welk ?
- neen

Lijdt uw kind aan bedwateren, slaapwandelen, luidop dromen ?

- ja
 - bedwateren
 - welke maatregel kunnen er worden getroffen ?
 - slaapwandelen
 - welke maatregel kunnen er worden getroffen ?
 - luidop dromen
 - welke maatregel kunnen er worden getroffen ?
- neen

Andere maatregelen of aandachtspunten ?



• **Gegevens huisarts**

Naam :

Voornaam :

Straat :

Nr. :

Bus :

Gemeente :

Postcode :

Telefoon :

Mobiel :



Dit is een vertrouwelijk document, en is strikt persoonlijk !



Voeg hierbij 2 kleefstrookjes van het ziekenfonds !



**Geef dit document ten laatste 2 weken voor het vertrek
in een plastic mapje af aan je trainer !**