**Veiligheid  
Gezondheidsformulier / Health form**

**Scouting De Hoeve**

Alle opkomsten, weekenden en kampen worden met de grootst mogelijke zorg opgezet en uiteraard

met de veiligheid van de leden voorop. Helaas gebeurt er ondanks onze zorgen toch wel eens een ongelukje waardoor wij een arts moeten bezoeken. Uiteraard zullen ouders/ contactpersonen als eerste geraadpleegd worden voor wij een arts bezoeken. Zeker bij externe activiteiten en/of overnachtingen zoals een weekend of zomerkamp is het noodzakelijk dat wij over de juiste informatie over de gezondheid van de leden beschikken .Toegang tot deze informatie is gelimiteerd aan de leiding van de speltak/ activiteit en de ondersteunende kaderleden (kookstaf/ EHBO–staf). De informatie wordt vooraf door de teamleider gescreend op bijzonderheden en wordt daarna alleen geraadpleegd als een kritische situatie zich voordoet. De formulieren worden voor 1 seizoen bewaard in een afgesloten kast en daarna vernietigd. Indien een lid het lidmaatschap opzegt, wordt dit formulier meteen vernietigd. Voor ieder kamp wordt gevraagd een nieuw gezondheidsformulier in te vullen. De ingeleverde formulieren worden niet digitaal geregistreerd in Scouts Online als aanvullende lidgegevens.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Persoonlijke gegevens / Personal information | | | | | |
| Achternaam  *Surname* |  | | | | |
| Voornamen  *Christian names* |  | Roepnaam  *First name* | |  | |
| Adres  *Address* |  | | | | |
| Postcode  *Postal code* |  | | Woonplaats  *Place of residence* | |  |
| Telefoonnummer  *Telephone number* |  |  | | |  |
| Geboortedatum  *Date of Birth* |  |  | | |  |
| Geslacht  *Gender* |  | Lidnummer Scouting Nederland  *Membership number* | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen?  *Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| Diploma’s/*Certificates* |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Verzekering / Insurance | | | | |
| Zorgverzekering  *Health Insurance* | Maatschappij  *Company* |  | Polisnummer  *Policy number* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Contactpersoon in geval van nood / Person to be contacted in case of emergency | |
| Naam  *Name* |  |
| Relatie met de deelnemer  *Relationship with the participant* |  |
| Telefoonnummer  *Telephone number* |  |
| Mobiel nummer  *Cellphone number* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medische gegevens / Medical information Maak indien nodig gebruik van een bijlage, voorzien van de naam van de deelnemer, voor het vermelden van de gevraagde gegevens. | | |
| Vraagt de gezondheid of het gedrag van uw zoon/dochter speciale zorg?  *Does your son’s/daughter’s health or behavior require special care?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| Zo ja, welke?  *If yes, which?* |  | |
| Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?  *Does your son/daughter have to take prescribed medicine?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| *Zo ja welke en wanneer?*  *If yes, specify time and name of medicine.* |  | |
| Is uw zoon/dochter allergisch?  *Is your son/daughter allergic?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| Zo ja, waarvoor?  *If yes, for what?* |  | |
| Volgt uw zoon/dochter een dieet?  *Does your son/daughter follow a diet?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| Zo ja, wat?  *If yes, what?* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gegevens arts / address physician | | |
| Naam en adres huisarts  *Name and address family doctor* | Naam / *Name* |  |
| Adres / *Address* |  |
| Telefoon / *Telephone* |  |
| Naam en adres tandarts  *Name and address dentist* | Naam / *Name* |  |
| Adres / *Address* |  |
| Telefoon / *Telephone* |  |
| Ondertekening | | |
| In geval van nood, ter beoordeling van een arts, geef ik hierbij toestemming mijn zoon/dochter te laten opnemen en behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, wanneer het niet mogelijk was tijdig contact met mij op te nemen.  Tevens geef ik hierbij toestemming voor het verwerken van de gegevens als gedeeld in dit formulier.  *In case I could not be contacted in time, I herewith consent to admittance of my son/daughter to hospital and to treatment in case of an emergency as indicated by a qualified physician.*  *I also consent to the processing of the data as shared in this form.* | Datum  *Date* | Handtekening ouder/verzorger  *Signature parent/guardian* |
|  |  |

## 