**Ouder verklaring KNERT kamp 2022-Jong Nederland Diessen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Achternaam |  | |
| Voornamen/roepnaam |  | |
| Adres |  | |
| Postcode en woonplaats |  | |
| Telefoon/gsm |  | |
| Mailadres |  | |
| Geboortedatum |  | |
| Verzekeringmaatschappij en polis nummer: | |  |
| Naam/namen van personen die we in nood kunnen bereiken | |  |
| Nood Telefoonnummer(s) | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraagt de gezondheid van uw zoon/dochter speciale zorg? Ja /Nee  Zo ja, welke? (denk hierbij aan dieet, allergie, overgevoeligheid ect) | | |
| Lijdt uw zoon/dochter aan: astma, eczeem, hooikoorst, epilepsie, e.a.? Ja / Nee  Zo ja welke? | | |
| Moet hij/zij medicijnen gebruiken? | Ja. Een kopie van de bijsluiter meegeven! | Nee |
| Kan uw zoon/dochter zwemmen? | Ja | Nee |
| Naam en adres huisarts | Naam |  |
| Adres |  |
| Telefoon |  |
| Zijn er medicijnen die uw zoon/dochter beslist niet mag gebruiken?  Ja/Nee Zo ja, welke? | | |
| Ruimte om extra dingen te noteren: | | |

**Deze lijst is voor kinderen die medicijnen innemen**

Mocht je meerdere medicijnen in moeten nemen, graag de tabel daarop aanpassen.

De officiële bijsluiter aub ook toevoegen.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam (Kind) |  |
| Geboorte Datum |  |
| Naam medicijn |  |
| Hoeveelheid |  |
| Bekend met de bijwerking (en)  b.v. reageert minder alert een uur na inname |  |
| Waar moet het medicijn bewaard worden  (koelkast, kamertemperatuur..) |  |
| Inname tijden: | |