

Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt voor:

Periode:

Speltak: van Scouting Jan Wandelaar Zeewolde.

De ingeleverde formulieren worden zorgvuldig bewaard en digitaal geregistreerd in een afgeschermd omgeving. De formulieren zijn alleen inzichtelijk voor het stafteam van de bovengenoemde speltak en worden uiterlijk zes weken na de genoemde periode vernietigd.

Persoonlijke gegevens / Personal information

Achternaam <i>Surname</i>			
Voornamen <i>Christian names</i>		Roepnaam <i>First name</i>	
Adres <i>Address</i>			
Postcode <i>Postal code</i>		Woonplaats <i>Place of residence</i>	
Telefoonnummer <i>Telephone number</i>			
Geboortedatum <i>Date of Birth</i>			
Geslacht <i>Gender</i>		Lidnummer Scouting Nederland <i>Membership number</i>	

Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen?
Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?

Diploma's/Certificates

Verzekering / Insurance¹

Zorgverzekering <i>Health Insurance</i>	Maatschappij <i>Company</i>		Polisnummer <i>Policy number</i>	
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

1 Scouting Jan Wandelaar is via Scouting Nederland verzekert middels een secundaire verzekering. Een secundaire verzekering heeft een dekking die pas van kracht wordt wanneer andere verzekeringen, die op hetzelfde tijdstip hetzelfde belang tegen hetzelfde gevaar ook verzekerd heeft, geen uitkering geven. De secundaire verzekering heeft in deze meestal een ruimere dekking. U bent zelf verantwoordelijk voor een primaire verzekering, in casu een ziektekostenverzekering, aansprakelijkheidsverzekering en voor kampen bijvoorbeeld een reisverzekering. Zonder een primaire verzekering kan er geen aanspraak gemaakt worden op de secundaire verzekering!

Contactpersoon in geval van nood / Person to be contacted in case of emergency

Naam <i>Name</i>	
Relatie met de deelnemer <i>Relationship with the participant</i>	
Telefoonnummer <i>Telephone number</i>	
Mobiel nummer <i>Cellphone number</i>	

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? <i>Does your son's/daughter's health or behavior require special care?</i> Zo ja, welke? <i>If yes, which?</i>	
Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen? <i>Does your son/daughter have to take prescribed medicine?</i> Zo ja welke en wanneer? <i>If yes, specify time and name of medicine.</i>	
Is uw zoon/dochter allergisch? <i>Is your son/daughter allergic?</i> Zo ja, waarvoor? <i>If yes, for what?</i>	
Volgt uw zoon/dochter een dieet? <i>Does your son/daughter follow a diet?</i> Zo ja, wat? <i>If yes, what?</i>	

Gegevens arts / address physician

Naam en adres huisarts <i>Name and address family doctor</i>	Naam / <i>Name</i>	
	Adres / <i>Address</i>	
	Telefoon / <i>Telephone</i>	
Naam en adres tandarts <i>Name and address dentist</i>	Naam / <i>Name</i>	
	Adres / <i>Address</i>	
	Telefoon / <i>Telephone</i>	

Heeft u nog andere opmerkingen?
Do you have any other remarks?

Zo ja, wat?
If yes, what?

--

Toestemming gebruik foto's en video's / Permission to use photos and videos

Voor intern gebruik en om te delen met de eigen leden en/of hun ouders/verzorgers. Delen gebeurt alleen via gesloten kanalen waar derden geen toegang tot hebben.

☐ Ja / *Yes* ☐ Nee / *No*

For internal use and to share with own members and/or their parents/guardians. Sharing only happens through closed channels that third parties do not have access to.

Voor extern gebruik zoals bijvoorbeeld op de website, Facebook of bij krantenberichten.

☐ Ja / *Yes* ☐ Nee / *No*

For external use such as on the website, Facebook or in a newspaper report.

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.

Datum
Date

Handtekening ouder/verzorger
Signature parent/guardian

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.