



## Gezondheidsformulier / Health form

# Scouting

### Persoonlijke gegevens / Personal information

Achternaam

*Surname*

Voornamen

*Christian names*

Roepnaam

*First name*

Adres

*Address*

Postcode

*Postal code*

Woonplaats

*Place of residence*

Telefoonnummer

*Telephone number*

Godsdienst

*Religion*

Geboortedatum

*Date of Birth*

Geboorteplaats

*Place of birth*

Geslacht

*Gender*

M / V

Lidnummer Scouting Nederland

*Membership number*

Burger Service Nummer

*(BSN/sofi-nummer)*

Nummer paspoort / Identiteitskaart

*Number passport/ID-card*

Plaats van afgifte

*Place of issue*

Geldig tot

*Valid until*

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 / Insurances

Aansprakelijkheidsverzekering

*Liability Insurance*

Maatschappij

*Company*

Polisnummer

*Policy number*

Ongevallenverzekering

*Accident Insurance*

Maatschappij

*Company*

Polisnummer

*Policy number*

Reisverzekering

*Travel Insurance*

Maatschappij

*Company*

Polisnummer

*Policy number*

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*

---

Adres

*Address*

---

Postcode en woonplaats

*Postal code & place of residence*

---

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 van uw zoon/dochter speciale zorg?

*Does your son's/daughter's health require special care?*

ja / yes  nee / no

Zo ja, welke?

*If yes, which?*

---

Lijdt uw zoon/dochter aan: ADHD, astma, eczeem, hooikoors, epilepsie of andere aandoeningen?

*Does your son/daughter suffer from: ADHD, Asthma, Eczema, Hayfever, Epilepsy or other illness?*

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?*

---

Is uw zoon/dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma?

*Is your son/daughter vaccinated according to the Dutch vaccination program?*

ja / yes  nee / no

**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.

Datum  
*Date*

Handtekening ouder/verzorger  
*Signature parent/guardian*

*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.*