

Medische fiche

Waarvoor dient deze fiche?

Met de informatie die op dit formulier vermeld staat kunnen we een optimale werking verzekeren en je kind in geval van nood helpen. De jeugddienst houdt deze informatie strikt vertrouwelijk en vernietigt deze documenten na de werking.

Je verbindt je er toe je kind niet te brengen indien het symptomen heeft van Covid-19 (koorts, hoesten, kortademigheid, keelpijn, smaak- en geurverlies, ...). Indien deze symptomen overdag zouden ontstaan, word je verwittigd en verwacht dat je je kind zo vlug mogelijk ophaalt, in het kader van de gezondheid van andere kinderen en begeleiders. Je respecteert de deelnamevoorwaarden, de afspraken rond bubbels en het niet mixen van bubbels en de afspraken wanneer een kind ziek wordt tijdens het aanbod.

Indien je kind medicatie dient te krijgen, dient dit gestaafd te worden door een medisch attest van de behandelende arts.

Wie vult deze fiche in?

De ouders of voogd van het kind.

Gelieve dit formulier zo compleet mogelijk in te vullen en terug te bezorgen, ten laatste voor de eerste activiteitsdag (Speelplein en/of Vakantieplus)

Één exemplaar voor de volledige zomer is voldoende!

Gegevens van het kind

Naam en voornaam:

Geboortedatum:

Bloedgroep:

Medische info

Zijn er zaken waarmee de begeleiders rekening moeten houden, bv.: vlug moe, astma, suikerziekte, huidaandoeningen, epilepsie, hartaandoeningen, ADHD ...

Behoort je kind tot een risicogroep of is er sprake van een chronische aandoening?

JA NEE

Zo ja, is er toestemming van de arts en/of ouder om deel te nemen aan het aanbod?

JA NEE

Is je kind gevoelig of allergisch voor geneesmiddelen, stoffen of levensmiddelen? Zo ja, welke?

Als ouder/voogd geef ik de toestemming om in geval van snel handelen, de begeleiders contact te laten opnemen met de huisarts?

JA NEE

Bij geval van een ongeval/probleem worden de ouders/voogden gecontacteerd.

Naam en voornaam (ouder/voogd):

GSM/telefoon:

Wie mogen we contacteren in het geval dat de ouders of voogden niet te bereiken zijn?

Naam en voornaam:

GSM/telefoon:

Gegevens van de huisarts

Naam en voornaam:

GSM/telefoon:

Handtekening ouder/voogd

Datum