



KAMPPERIODE :

Beste ouders,

Mogen wij u vragen onderstaande fiche in te vullen en terug te mailen?

Dit kan op info@dis-moi.be

Dit laat ons toe om onze werking zoveel mogelijk op uw kind af te stemmen.

Alvast dank voor uw medewerking.

Het Dis-moi team

IDENTIFICATIEGEGEVENS

NAAM:

VOORNAAM:

STRAAT:

NUMMER:

POSTNUMMER:

GEMEENTE:

TELEFOON:

GSM:

E-MAIL:

GEBOORTEDATUM:

NAAM HUISDOKTER:

ADRES:

TEL:

ACTIVITEITEN

ZIJN ER ACTIVITEITEN WAARAAN HET KIND NIET MAG DEELNEMEN?

ZO JA, WELKE? _____

EVENTUELE OPMERKINGEN WAAR REKENING MEE MOET WORDEN GEHOUDEN:

MEDISCHE ZAKEN

NEEMT HET KIND MEDICATIE?

MOET ER DOOR HET TEAM MEDICATIE AAN UW KIND WORDEN TOEGEDIEND?

IS UW KIND ALLERGISCH?

ZO JA, AAN WAT? _____

INDIEN GEKEND, DE BLOEDGROEP VAN HET KIND: _____

VARIA

WELKE ZAKEN ZIJN VOOR U BELANGRIJK TE VERMELDEN, MAAR KWAMEN NOG NIET AAN BOD?

TOEDIENING VAN MEDICATIE ZONDER VOORSCHRIFT

INDIEN UW KIND OP HET KAMP MEDISCHE BIJSTAND NODIG HEEFT, ZAL DE KAMPVERANTWOORDELIJKE STEEDS CONTACT OPNEMEN MET EEN ARTS, APOTHEEK OF ANDERE MEDISCHE VERANTWOORDELIJKE. HET IS MOGELIJK DAT DEZE BEVOEGDE PERSONEN NIET ONMIDDELLIJK AANWEZIG KUNNEN ZIJN OF DAT EEN MEDISCH ONGEMAK GEEN DOKTERSBEZOEK VEREIST (BV. SCHAAFWONDEN, LICHTE HOOFDPIJN,...) IN DEZE GEVALLEN BESCHIKT DE KAMPPLAATS OVER EEN EHBO-KOFFER MET DE NODIGE EERSTE HULPVERZORGING. VOOR TOEDIENING VAN DEZE MEDICATIE IS DE TOESTEMMING VAN U ALS OUDER OF VOOGD, VEREIST.

GEEFT U AAN DE KAMPVERANTWOORDELIJKE TOESTEMMING OM ONDERSTAANDE MEDICATIE TOE TE DIENEN:

HIRUDOID(INWENDIGE BLOEDUITSTORTINGEN)	JA
FLAMIGEL (BRANDWONDEN)	JA

INDIEN U ZELF MOEILIK TE BEREIKEN BENT, GELIEVE DAN DE GEGEVENS TE NOTEREN VAN IEMAND DIE WE KUNNEN CONTACTEREN IN GEVAL VAN NOOD.

NAAM: _____

ADRES: _____

TELEFOON: _____

Datum

Handtekening

Ik,..... , OUDER VAN

GEEF WEL/NIET (schrappen wat van toepassing is) TOESTEMMING OM FOTO'S VAN HET KAMP TE GEBRUIKEN VOOR EEN EVENTUEEL SFEERBEELD OP FACEBOOK, MAIL OF FOLDER.