MEDISCHE FICHE SOC

Graag vragen we de ouders om deze medische fiche zorgvuldig in te vullen. De ingevulde gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld. Ze worden alleen gebruikt door de desbetreffende lesgevers. Volgens de wet op de privacy mogen wij deze medische gegevens niet langdurig bijhouden. Daarom vragen wij voor elk tennis kamp een nieuwe medische fiche op. Na het kamp wordt deze fiche vernietigd.

1. Persoonsgegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Naam & voornaam:  |  |
|  |  |
| Adres:  |  |
|  |  |
| GSM ouder 1:  |  |
|  |  |
| GSM ouder 2:  |  |
|  |  |
| Vaste telefoon:  |  |
|  |  |
| E-mailadres:  |  |

Wie contacteren we bij een noodgeval, indien ouders niet bereikbaar zijn?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam:  |  | GSM: |  |
|  |  |  |  |
| Relatie tot uw kind? (oma/opa, buur, tante,…) |  |
|  |  |  |  |
| Adres:  |  |

2. Medische gegevens

Gegevens van de huisarts van je kind:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam:  |  | Telefoon: |  |
|  |  |  |  |
| Adres:  |  |
|  |  |

Behoort de deelnemer tot een risicogroep of is er sprake van een chronische aandoening ?

Je kan informatie vinden over wie tot de risicogroepen behoort via deze webpagina. (<https://ambrassade.be/nl/jeugdwerkzomer/zomerplannen/bijlagen-zomerplannen>)

 Ja  Neen

Indien JA, is er toestemming van de arts en/of ouder om deel te nemen aan het tennis kamp ?

 Ja  Neen

**Z**ijn er actuele ziektes te melden? (bv. astma, suikerziekte, epilepsie, hartziekten, …)

|  |
| --- |
|  |

Moet hij/zij geneesmiddelen innemen? Zo ja, vul dan onderstaand schema aan en bezorg de noodzakelijke medicatie aan de lesgevers.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam geneesmiddel | Hoeveel maal per dag? Wanneer? | Hoeveel per inname? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Zijn er aandachtspunten waarmee we rekening moeten houden?

|  |
| --- |
|  |

Heeft je kind allergieën? (bv. geneesmiddelen, bepaalde stoffen of levensmiddelen, insectenbeten, zon,…)

|  |
| --- |
|  |

Moet hij/zij een bepaald dieet volgen? (bv. lactosevrij, glutenvrij, …)

|  |
| --- |
|  |

Werd je kind gevaccineerd tegen tetanus (klem)? Wat is zijn/haar bloedgroep?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NEE | JA | In welk jaar? |  |  |  |

Ik geef als ouder/voogd mijn toestemming om wanneer er snelle reactie nodig is

 rechtstreeks contact op te nemen met de huisarts van mijn kind

 mijn kind 1 dosis paracetamol toe te dienen in geval van pijn of koorts.

Andere inlichtingen of opmerkingen?

|  |
| --- |
|  |

Datum en handtekening van een van de ouders