



Medisch kampformulier

A) Naam _____ Geb. datum _____
Adres _____ Telefoon _____
_____ Mobiel _____

B) Adres ouders **gedurende** het hele kamp

Telefoon ouders **gedurende** het hele kamp _____

C) Ziekenfonds/particulier verzekerd (*)
Naam verzekering

Polisnummer/ziekenfondsnummer

D) Lijdt de bovengenoemde persoon aan een bepaalde ziekte(n)/allergie(ën)/dieet(en)
Nee/Ja (*), namelijk _____

E) Gebruikt bovengenoemde persoon medicijnen? Nee/Ja(*)

Zoja,	Naam medicijn	Sterkte	Dosering + tijdstip van inname
-------	---------------	---------	--------------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

F) Is bovengenoemd persoon ingeënt tegen tetanus? Nee/Ja (*)

Zoja, wanneer

G) Eventuele andere opmerkingen (**)

Datum

Handtekening ouder/verzorger

(*) Doorhalen wat niet van toepassing is.

(**) Wanneer er sprake is van een zogenoemd 'medisch geheim' wat alleen bij de huisarts bekend is, vermeld dit dan bij punt G.