NAAM LID:

TAK LID:

# Deelname aan activiteiten

Kan het kind meedoen met alle activiteiten? (schrappen wat niet past) JA/NEE Deze activiteiten zijn onmogelijk of niet toegestaan:

…………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….. Is er bijzondere aandacht nodig OM RISICO’S TE VOORKOMEN? JA/NEE

*Bij sporten (vb. zwemmen, fietsen, hoogte, …):*

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

*Bij hygiëne (vb. zelfstandigheid, allergie, bedwateren, …):*

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

*Bij sociale omgang (vb. pesten, heimwee, angsten, slaapwandelen, …):*

…………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….. Zijn er bepaalde aspecten waarmee leiding rekening kan houden? JA/NEE

Op vlak van voeding (vb. vegetariër, …):

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Andere aandachtspunten die belang kunnen hebben bij de omgang met ons kind:

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

# MEDISCHE INFORMATIE:

Wij geven toestemming aan de leiding om bij hoogdringendheid aan uw zoon of dochter een dosis via de apotheek vrij verkrijgbare pijnstillende en

koortswerende medicatie toe te dienen\*:

*\*Gebaseerd op aanbeveling Kind&Gezin 09.12.2009 – Aanpak van koorts/toedienen van geneesmiddelen in de kinderopvang*

* Ja
* Nee

Onze zoon of dochter moet specifieke medicatie krijgen:

* Nee
* Ja, ………………………………………………………………………………………………………… Zijn er ziekten te melden? (vb. astma, suikerziekte, hooikoorts, epilepsie, …):
* Nee
* Ja, ………………………………………………………………………………………………………… Info over noodzakelijke aanpak bij deze aandoening:

…………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….. Onze zoon of dochter moet een bepaald dieet volgen:

* Nee
* Ja, ………………………………………………………………………………………………………… Onze zoon of dochter werd ingeënt tegen klem (tetanus):
* Ja – In welk jaar? ………………….
* Nee

HANDTEKENING OUDER/VOOGD

Bloedgroep …………………………………………..

# ONZE HUISARTS:

Naam: …………………………………………………………… Telefoon: ……………………………………………………….