

Kind

| | | |
|---|---|--|
| Voor- en achternaam kind: | | |
| <input type="checkbox"/> meisje <input type="checkbox"/> jongen | | geboortedatum: |
| Basisschool/overblijflocatie: | | |
| Groep: | | Leerkracht: |
| Bij ziekte of noodgeval | Graag deze ouder als eerste bellen: | |
| | Bij onbereikbaarheid van de ouders de volgende persoon bellen: | |
| | Telefoon: | |
| | Relatie is: opa/oma/tante/oom/buren/vrienden/..... | |
| | Is er sprake van een allergie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | |
| | Zo ja, waar is je kind allergisch voor?: | |
| En welke allergische reactie vertoont je kind?: | | |
| Gebruikt je kind medicijnen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | | |
| Zo ja, moeten deze ook tijdens het overblijven worden toegediend? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| Zo ja, welke: | | |
| Aanvullende bijzonderheden gezondheid: | | |
| Bijzonderheden | Zijn er nog andere bijzonderheden waar je ons over wil informeren of iets over wil afspreken? | |
| | | |
| Datum: | Naam ouder: | Handtekening: |
| | | |