**Inschrijvingsformulier**

**Ouderlijke Autorisatie - Gezondheidsformulier**

Beste ouder(s),

Als ouder of voogd ken je het kind dat je aan ons toevertrouwt beter dan wie dan ook. Wij vragen u daarom om dit gezondheidsformulier zo nauwkeurig mogelijk in te vullen, zodat wij de nodige informatie kunnen vinden voorafgaand aan elke zorg in geval van ziekte of incident. Aarzel niet om iets aan te geven dat ons kan helpen om uw kind beter te identificeren of te begrijpen, evenals alle informatie die ons in staat stelt om zo adequaat mogelijk te reageren. Wij danken u voor uw medewerking,

Het animatieteam

Ik, ondergetekende (naam van de wettelijke vertegenwoordiger) :

geef mijn zoon/dochter toestemming om deel te nemen aan de workshop die deze zomer plaatsvindt op de Space Fun Games.

NAAM en EERSTE NAAM van de deelnemer

GEBOORTEDATUM :

ADRESS :

2 PERSONEN OM CONTACT OP TE NEMEN IN GEVAL VAN NOOD:   
Naam Ouderverbinding

Telefoon(s)

Naam Ouderverbinding

Telefoon(s)

Zijn er belangrijke specifieke medische gegevens bekend voor het goed functioneren van de activiteit (hartproblemen, epilepsie, astma, diabetes, bewegingsziekte, reuma, huidaandoeningen, motorische of mentale handicap...)?

GELIEVE DE FREQUENTIE, DE ERNST EN DE TE NEMEN MAATREGELEN AAN TE GEVEN OM DEZE TE VERMIJDEN EN/OF ER OP TE REAGEREN.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

WELKE ZIEKTEN OF MEDISCHE INGREPEN HEEFT DE DEELNEMER MOETEN ONDERGAAN? (Gelieve het jaartal aan te geven) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IK MERKTE OP DAT ALS DE DEELNEMER MEDICIJNEN MOET NEMEN, DE DEELNEMER VOLLEDIG ONAFHANKELIJK MOET ZIJN IN HET NEMEN VAN DEZE MEDICIJNEN.**

**Wij herinneren u eraan dat wij niet bevoegd zijn om deze medicijnen toe te dienen EN dat de medicijnen niet gedeeld kunnen worden tussen de deelnemers.** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

"Ik ga ermee akkoord dat de verantwoordelijke voor het kamp of de medische dienst tijdens het verblijf van mijn kind alle nodige maatregelen kan nemen om mijn kind adequate gezondheidszorg te bieden. Ik geef de plaatselijke arts ook het recht om elke dringende en noodzakelijke beslissing te nemen om de gezondheid van mijn kind te verzekeren, zelfs in het geval van een operatie.

Deze informatie wordt gebruikt voor de dagelijkse opvolging van uw kind en is voorbehouden voor intern gebruik door het team en, enkel indien nodig, door de geraadpleegde zorgverleners. In overeenstemming met de wet op de verwerking van persoonsgegevens kunt u deze te allen tijde raadplegen en wijzigen. Deze gegevens worden een jaar na het verblijf vernietigd als er geen dossier wordt geopend.

DATUM en SIGNATUUR van de Ouder / GARDINA,