

Ten laatste inleveren op maandag 3/12/2018

Openfuchtklassen vzw, Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Inschrijvingsformulier 161 A Gezondheidsfiche	Leerling
door het gezinshoofd in te vullen en aan de schoof af te geven, bij aankomst in het centrum door de titularis af te geven	

!!! zie ook keerzijde!!!

De ondergetekende ouder(s) of wettelijke plaatsvervanger (naam, voornaam + volledig adres in hoofdletters):

.....tel) /

stemt erin toe dat (naam + voornaam) geboren op / / te

nationaliteit: mag deelnemen aan de sneeuwklassen te **Zinal** van **07/01** tot **16/01/'19**

met de school:

(naam) GBS De Regenboog (adres) Kloosterstraat 10 ... 3070 Kortenberg
--

Is aangesloten bij een mutualiteit: (kleefbriefje aanbrengen)	De ondergetekende verklaart: het kind verkeert in goede gezondheid:
Nummer familiale polis:	het kind mag skiën: neen de gezondheidsfiche op de keerzijde is ingevuld .. neen

Te de / / Handtekening: **!!!!**

(vzvv verzameft en deelt alle persoonlijke gegevens conform AVG)

Openluchtklassen vzw, Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Plaatsbewijs 161 B	Leerling		
door titularis in speciale trein/ bus af te geven			
Naam ¹	Voornaam:	Geboortedatum: /	Geslacht:
Postnummer:	Gemeente:	Straat + nummer: Telefoon: .	
Is aangesloten bij een mutualiteit: kleefbriefje aanbrengen	Centrum Zinal Periode van 07/01'19 tot 16/01/'19 School GBS De Regenboog Kloosterstraat 10 3070 Kortenberg Klas : 6 A - B of C		
Mag skiën . ja neen	Nummer familiale polis:		

Datum en handtekening .

!!!!

¹In hoofdletters in te vullen

Medische gegevens door het gezinshoofd te verstrekken betreffende het deelnemende kind

Naam + voornaam van het kind:

1. belangrijke ziekten (welke?):

vroegere ongevallen (welke / gevolgen?)

heelkundige ingrepen (welke / wanneer?)

2. Datum van laatste inenting tetanus

3. Bedwateren / slaapwandelen ?

4. Intoleranties (allergie) op voedsel:

Intoleranties op geneesmiddelen: Sulfamiden: Penicilline: Andere:

5. Eventuele behandeling / welke geneesmiddelen?

6. Naam + adres van de behandelende geneesheer in België

7. Contactpersoon in België Naam :

Telefoon / gsm :

■ Ps.: Ik verklaar mij akkoord met het feit dat de geneeskundig noodzakelijke behandelingen gedurende de reis en het verblijf van mijn kind zullen verleend worden door de medische dienst, verbonden aan het centrum, dat de dokter dringende noodzakelijke beslissingen mag treffen, inbegrepen heelkundige ingreep, Datum en handtekening van het gezinshoofd:

!!!!

■ Opmerking: persoonlijke gegevens aan de arts van het centrum kunnen onder gesloten omslag hierbij gevoegd worden.