|  |
| --- |
| **GEGEVENS KIND** |
| Naam |  |
| Achternaam |  |
| Geb. dat. |  |
| BSN  |  |
| **IN GEVAL VAN NOOD BELLEN** |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Postcode / Woonplaats |  |
| Vast- en/of mobiel nr |  |
| **HUISARTS** |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Postcode / Woonplaats |  |
| Tel. nummer |  |
| **GEGEVENS INENTING** |
| Laat u uw kind inenten volgens het rijksvaccinatieprogramma?JA\* NEE\*   |
| **MEDICIJN GEBRUIK** |
| JA\* \*Naam medicijn:  |
| Allergieën  |  |
| Andere bijzonderheden die van belang zijn. |  |
| Geeft toestemming voor het geven van Paracetamol. |  JA: NEE: Alleen met toestemming van de ouders: |
| **FOTO’S**Ouder geeft toestemming voor het plaatsen van foto’s. JA: NEE: (website, social media, krant |
| **VERVOER**Ouder geeft toestemming om tijdens een uitstapje het kind met de auto te vervoeren. Uiteraard volgens de geldende verkeersregels.JA: NEE:  |
| **SAMENVOEGEN**Ouder geeft toestemming voor het incidenteel JA: NEE: samenvoegen van groepen |
| Datum: Handtekening: |

|  |
| --- |
| **KINDGEGEVENS DAGOPVANG / PEUTEROPVANG** |