**INDIVIDUELE MEDISCHE STEEKKAART** 

*Met deze individuele medische steekkaart geven ouders alle noodzakelijke inlichtingen*

*over hun kind aan de Chiroleiding. De leidingsploeg zal die informatie vertrouwelijk behandelen.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RIBBEL | SPEELCLUB | RAKWI | TITO | KETI | ASPI | LEIDING |
| ◻ 2018  ◻ 2017 | ◻ 2016  ◻ 2015 | ◻ 2014  ◻ 2013 | ◻ 2012  ◻ 2011 | ◻ 2010  ◻ 2009 | ◻ 2008 | ◻ |
| Uitpasnummer (Optioneel):  Rijksregisternummer: | | | | | | |

|  |
| --- |
| **IDENTITEIT EN CONTACTGEGEVENS VAN HET KIND**  Voornaam en familienaam: ........................................................... .......................................................... Geboortedatum: ..................................  Naam ouder(s)/voogd: ....................................................................................................................................  Adres(sen):  ................................................................................. ...............................................................................  Telefoonnummer(s):  ................................................................................. ...............................................................................  Mailadres(sen):  ................................................................................. ...............................................................................  Wie contacteren als ouder(s) en/of voogd(en) niet bereikbaar zijn?  Naam: ............................................................................................................................................................  Telefoonnummer: ........................................................................................................................................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDISCHE GEGEVENS**  Naam en telefoon huisarts: ............................................................................................................................  Bloedgroep en rhesusfactor: ..........................................................................................................................  Werd uw kind gevaccineerd tegen tetanus? ◻ Ja, in het jaar .................................. ◻ Nee  Uw kind lijdt aan:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ◻ astma | ◻ slaapwandelen | ◻ suikerziekte | | ◻ bedwateren | ◻ allergie voor bepaalde voedingsmiddelen: | ◻ allergie voor bepaalde geneesmiddelen: | | ◻ epilepsie | ……………………………………………………… | ……………………………………………………… | | ◻ hartkwaal | ……………………………………………………… | ……………………………………………………… | | ◻ hooikoorts | ◻ allergie voor bepaalde stoffen: | ◻ andere: | | ◻ huidaandoening | ……………………………………………………… | ……………………………………………………… | | ◻ reuma | ……………………………………………………… | ……………………………………………………… | |

|  |
| --- |
| Wat moet de leiding zeker weten over de aangekaarte aandoeningen? Wat moet er gebeuren in noodsituaties?  ........................................................................................................................................................................  Eet uw kind vegetarisch, halal of een ander specifiek dieet?  ◻ Nee ◻ Ja, namelijk: ..................................................................................................................................  Moet uw kind tijdens het verblijf geneesmiddelen innemen?  ◻ Nee ◻ Ja Zo ja: welke, hoe dikwijls en hoeveel?...................................................................................... …….................................................................................................................................................................  Kan uw kind zwemmen? ◻ Ja ◻ Nee  Is uw kind vlug moe? ◻ Ja ◻ Nee  Kan uw kind deelnemen aan sport en spel afgestemd op zijn/haar/hun leeftijd? ◻ Ja ◻ Nee  *Leiding mag – behalve EHBO – niet op eigen initiatief medische handelingen uitvoeren. Zonder toestemming van de ouders mogen ze zelfs geen pijnstillende of koortswerende medicatie toedienen, zoals Perdolan, Dafalgan of aspirines. Hieronder kunt u hen die toestemming geven zodat ze voor dergelijke zorgen niet naar een arts moeten.*  Wij geven toestemming aan de leiding om bij hoogdringendheid aan ons kind een dosis via de apotheek vrij verkrijgbare pijnstillende en koortswerende medicatie toe te dienen\* :  ◻ Ja ◻ Nee  *\* Gebaseerd op aanbeveling Kind & Gezin 09.12.2009 – Aanpak van koorts/Toedienen van geneesmiddelen in de kinderopvang* |

|  |
| --- |
| **ANDERE INLICHTINGEN** ........................................................................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................  *Als er iets verandert aan de gezondheidstoestand van uw kind is het belangrijk om dat door te geven aan de leiding zodat zij altijd op de gepaste manier kunnen reageren.* |

Foto’s kunnen gepubliceerd worden. Indien vragen of problemen, gelieve de leiding te contacteren.

Ondergetekende verklaart dat de ingevulde gegevens volledig en correct zijn, en gaat akkoord met de verwerking ervan.

Datum: ..................................

Handtekening(en):