**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):