

Persoonlijke gegevens

FOTO KIND:

NAAM VAN HET KIND/ DE LEERLING: _____

ADRES: _____

WOONPLAATS: _____

TELEFOONNUMMER OUDERS: _____

MOBIELE TELEFOONNUMMER(S) OUDERS: _____

HIJ/ZIJ IS OVERGEVOELIG VOOR: _____

DE KLACHTEN UITEN ZICH IN DE VORM VAN: _____

TELEFOONNUMMER(S) VOOR NOODGEVALLEN: _____

DE NOODMEDICATIE BEVINDT ZICH: _____



Vul dit gedeelte in overleg met de behandelend arts

Afspraken: hoe te handelen bij klachten:

BIJ MILDE KLACHTEN, DIE ZICH UITEN IN: _____

HANDEL ALS VOLGT: _____

BIJ ANAFYLACTISCHE KLACHTEN, DIE ZICH UITEN IN: _____

HANDEL ALS VOLGT: (ZIE OOK BROCHURE ANAFYLAXIE) _____



