

Groepsnummer
(hier niets invullen)

(Graag een pasfoto
van uw kind)

Medicijn / Allergiekaart

Persoonlijke gegevens

Voornaam : _____ Leeftijd: _____

Achternaam : _____

Adres : _____

Postcode en Woonplaats : _____

E-mailadres : _____

Mobiel nummer : _____

2^e Telefoonnummer : _____

Thuisnummer : _____

Huisarts : _____

Telefoonnummer huisarts : _____

Medicatie (vul ook de overeenkomst gebruik medicatie in, per geneesmiddel/zelfzorgmiddel een formulier)

Naam medicijnen : _____

Allergie/Intolerantie *graag omcirkelen wat van toepassing is.

De klachten uiten zich in de vorm van: _____

De noodmedicatie bevindt zich: _____

Afspraken hoe te handelen bij klachten:

- medicatie toedienen
- ouders bellen
- anders nl: _____

Bijzonderheden (diagnose/ziekte/aandoening/gedrag/allergie welke relevant zijn voor organisatie/EHBO/keuken/leiding van KVV Gemert)

Graag uitprinten en volledig invullen,
daarna zo spoedig mogelijk inleveren; Kattenstart 9a, Gemert.

Informatie belangrijk
voor:

L-K-EHBO

(hier niets invullen)