



INSCHRIJVINGS- EN VERBINDINGSFORMULIER

Dit formulier wordt gebruikt om nuttige informatie te verzamelen tijdens de opvang van het kind of de jongere. Het is gevraagd door UFBJA voor onze verblijven. Dit formulier wordt aan het einde van het programma of jaar vernietigd.

Deelnemer:

Naam: _____ Voornam: _____ Geslacht: V F

Geboortedatum: _____ Plaats van geboorte: _____

Nationaliteit: _____ Godsdienst:* _____

Adres: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoon: _____ GSM: _____

E-mail: _____

Verplichte foto
rechtermuisknop, afbeelding
invoegen

Ouder 1 of wettelijke vertegenwoordiger: (vakje aankruisen indien zelfde adres als kind)

Naam: _____ Voornam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoon: _____ GSM: _____

E-mail: _____

Ouder 2: (Vakje aankruisen indien zelfde adres als ouder 1)

Naam: _____ Voornam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoon: _____ GSM: _____

E-mail: _____

Ik ga ermee akkoord mijn kind te laten vaccineren als dat absoluut noodzakelijk is. Ja Nee

Hierbij machtig ik de verantwoordelijke persoon om alle noodzakelijke medische beslissingen te nemen in het geval van een extreem noodsituatie.** Ja Nee

Ik geef UFBJA toestemming om foto's die gemaakt zijn tijdens activiteiten te gebruiken in haar publicaties en documenten (trainingen, informatie...). Ja Nee

Door dit document te ondertekenen, bevestig ik:

- het educatieve project van UFBJA en de algemene voorwaarden van de vakantie te hebben gelezen.
- het privacy- en GDPR-beleid van UFBJA goed te keuren. Info: assistanteja.ufb@adventiste.org

Te: _____ Op: _____

Handtekeningen:

rechtermuisknop, afbeelding invoegen

rechtermuisknop, afbeelding invoegen

* Om een zo goed mogelijk onthaal, respect en tolerantie te garanderen, vragen we je om de religieuze overtuiging van je kind aan te geven (optioneel).
** We zullen alles in het werk stellen om contact met je op te nemen voordat er een beslissing wordt genomen. Maar als de urgentie ons dat niet toestaat, zijn we verplicht een beslissing te nemen. Als u zonder uw toestemming niet uitdrukkelijk een standpunt inneemt, gaan we ervan uit dat u de mogelijke operatie aanvaardt.



INSCHRIJVINGS- EN VERBINDINGSFORMULIER

Deelnemer:

NAAM: _____ **Voornaam:** _____

I. Vaccinatie : (aankruisen wat van toepassing is)

- Ik voeg een fotokopie van het up-to-date vaccinatiebewijs bij
- Ik voeg een actueel vaccinatiebewijs bij
- Ik voeg een medisch attest bij van volledige of gedeeltelijke contra-indicaties voor vaccinaties

II. Medische informatie:

Heeft het kind medische behandeling nodig? Ja Nee

Zo ja, voeg dan een recent doktersvoorschrift en de bijbehorende medicijnen bij (in hun originele doosjes, met de instructies en gemerkt met de naam van het kind).

- Heeft het kind ooit een van de volgende ziekten gehad?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Mazelen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <input type="radio"/> Waterpokken: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <input type="radio"/> Bof: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <input type="radio"/> Roodvonk: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <input type="radio"/> Kinkhoest: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

- Is het kind vatbaar voor de volgende ziekten?

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Migraine: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <input type="radio"/> Otitis: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <input type="radio"/> Angina: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <input type="radio"/> Astma: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <input type="radio"/> Reumatische koorts: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

- Heeft het kind allergieën?

- medicijnallergieën: JA NEE _____
- _____
- voedselallergieën: JA NEE _____
- _____
- andere: _____
- _____
- Specificeer de oorzaak van de allergie en de actie die moet worden ondernomen: _____
- _____

Vermeld eventuele gezondheidsproblemen (ziekte, ongeval, aanvallen, ziekenhuisopname, operatie, revalidatie), met vermelding van data en te nemen voorzorgsmaatregelen: _____

Te: _____ Op: _____

Handtekeningen:

rechtermuisknop, afbeelding invoegen

rechtermuisknop, afbeelding invoegen