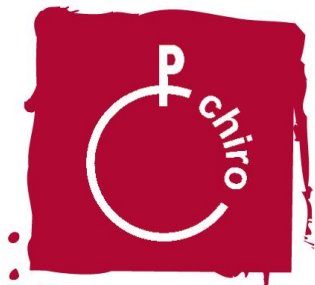


INSCHRIJVINGSFORMULIER

(* = verplicht)



Als je 't mij vraagt:
Chiro
OURODENBERG

IDENTITEITSGEGEVENS VAN HET KIND

Voornaam*
Naam*
Geboortedatum* / / Geslacht (schrappen wat niet past) M / V / X
Straat* Nummer* Bus
Postcode* Gemeente*
GSM-nummer
E-mailadres

CONTACTGEGEVENS VAN DE OUDERS

Ouder(s)/voogd(en) 1 (deze gegevens worden bij voorkeur gebruikt voor de briefwisseling)

Naam ouder(s)/voogd(en)*
Voornaam ouder(s)/voogd(en)*
E-mailadres*
Telefoon- / GSM-nummer 1*
Telefoon- / GSM-nummer 2
Telefoon- / GSM-nummer 3

Adres ouder/voogd 1, enkel in te vullen indien verschillend van het bovenstaande adres van het kind:

Straat Nummer Bus
Postcode Gemeente

Ouder(s)/voogd(en) 2 (enkel in te vullen indien ouders niet langer samenwonend zijn)

Naam ouder(s)/voogd(en)*
Voornaam ouder(s)/voogd(en)*
E-mailadres*
Telefoon- / GSM-nummer 1*
Telefoon- / GSM-nummer 2
Telefoon- / GSM-nummer 3

Adres ouder/voogd 2, enkel in te vullen indien verschillend van het bovenstaande adres van het kind:

Straat Nummer Bus
Postcode Gemeente

MEDISCHE GEGEVENS - ALGEMEEN

Naam en telefoonnummer huisarts*
Bloedgroep en resusfactor* Werd uw kind gevaccineerd tegen tetanus?* Ja, in het jaar Neen
Vroegere ziekten of heelkundige ingrepen*

Chiro Ourodenberg

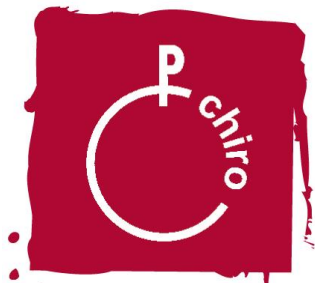
Kerkstraat 21
3200 AARSCHOT

[E-mail] contact@chiroourodenberg.be

[Site] www.chiroourodenberg.be

INSCHRIJVINGSFORMULIER

(* = verplicht)



Als je 't mij vraagt:
Chiro
OURODENBERG

MEDISCHE GEGEVENS – VERVOLG

Uw kind lijdt aan* :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> astma | <input type="checkbox"/> bedwateren | <input type="checkbox"/> epilepsie |
| <input type="checkbox"/> hartkwaal | <input type="checkbox"/> hooikoorts | <input type="checkbox"/> huidaandoening |
| <input type="checkbox"/> reuma | <input type="checkbox"/> slaapwandelen | <input type="checkbox"/> suikerziekte |
| <input type="checkbox"/> allergie voor bepaalde voedingsmiddelen | <input type="checkbox"/> allergie voor bepaalde stoffen | <input type="checkbox"/> allergie voor bepaalde geneesmiddelen |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | <input type="checkbox"/> andere |

Wat moet de leiding zeker weten over bovenstaande aandoeningen? Wat moet er gebeuren in noodsituaties?

.....
.....

Wat moet de leiding zeker weten over uw zoon/dochter (niet-medisch)?

.....
.....

Eet uw kind vegetarisch, halal of een ander specifiek dieet?* Ja, namelijk: Neen

Moet uw kind tijdens de chiroactiviteiten geneesmiddelen innemen?* Ja: Neen

Is uw kind vlug moe?* Ja Neen

Kan uw kind zwemmen?* Ja Ja, mits begeleiding! Neen

Kan uw kind deelnemen aan sport en spel afgestemd op zijn/haar leeftijd?* Ja Neen:

Wanneer er iets verandert aan de gezondheidstoestand van uw kind is het belangrijk om dit meteen door te geven aan de leiding zodat zij altijd op een gepaste manier kunnen reageren.

Leiding mag - behalve EHBO - niet op eigen initiatief medische handelingen uitvoeren. Zonder toestemming van de ouders mogen ze zelfs geen lichte 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 onze zoon of dochter een dosis via de apotheek vrij verkrijgbare pijnstillende en koortswerende medicatie toe te dienen* Ja Neen

EUROPESE PRIVACYWETGEVING*

Voor onze leden verandert er helemaal niets, maar door een nieuwe Europese privacywetgeving zijn wij verplicht om jullie akkoord te laten gaan met de informatie hieronder voordat we uw inschrijving kunnen afronden.

Wij hebben de privacyverklaring gelezen en gaan ermee akkoord dat met deze inschrijving Chiro Heilig Hart Ourodenberg en haar vrijwilligers deze gegevens en beeld- en geluidsmateriaal van mijn kind mag verzamelen en bewaren conform haar privacyverklaring.*

Persoonlijke en medische gegevens worden enkel doorgegeven indien nodig voor de uitvoering van onze overeenkomst met de leden of om te voldoen aan wettelijke verplichting. Namen en beeld- en geluidsmateriaal kunnen echter wel worden gedeeld via verschillende kanalen. Meer info hierover en de volledige privacyverklaring is te vinden op:

<http://chiroourodenberg.be/informatie/privacy-verklaring/>

Deze inschrijving geldt voor het volledige werkjaar (startdag september tot de laatste chirozondag voor de nieuwe startdag).

Na inschrijving via dit formulier dient het bedrag van €50,00 (voor inschrijvingen die gebeuren voor of tijdens de maand maart van het werkjaar waarvoor wordt ingeschreven) of € 25,00 (voor inschrijvingen die gebeuren na deze maand maart) te worden betaald.

*Wij vragen u vriendelijk de betaling van het inschrijvingsgeld binnen de 14 kalenderdagen na het ondertekenen van dit formulier per overschrijving te voltrekken op het rekeningnummer: **BET3 7344 2300 2760** met vrije mededeling: "**INSCHRIJVINGSGELD – <VOORNAAM LID> <NAAM LID> – <GROEP>**".*

Ondergetekende verklaart dat de ingevulde gegevens volledig en correct zijn. Voor akkoord:

Datum*: / /

Voornaam en naam*

Handtekening*

Chiro Ourodenberg

Kerkstraat 21

3200 AARSCHOT

[E-mail] contact@chiroourodenberg.be

[Site] www.chiroourodenberg.be