

**SPEELPLEINWERKING KORTEMARK**  
p/a Jeugddienst Kortemark  
Ichtegemstraat 2a  
8610 KORTEMARK  
Tel: 051 56 61 40

Beste ouders,

Van ieder kind, dat naar de speelpleinwerking komt, wordt een **steekkaart** bijgehouden.

Het kan belangrijk zijn om, in **noodgevallen**, enkele gegevens direct bij de hand te hebben. Deze gegevens worden ook gebruikt om het **fiscaal attest** op te maken

Daarom willen wij jullie vragen om dit formulier **volledig en correct** ingevuld terug mee te geven naar het speelplein.

Speelse groeten,

---

## IDENTITEIT VAN HET KIND

Naam en voornaam kind ..... Geslacht: M / V

Adres .....

.....

Telefoon en/of (gsm)nummer thuis .....

E-mailadres .....

Geboortedatum: .....

Indien we u niet overdag kunnen bereiken, dan eventueel het telefoonnummer van de buren, grootouders, werk van vader of moeder ..... relatie:.....

### **Fiscaliteitsattest: schuldenaar = persoon die opvang betaalt en het attest ontvangt:**

Naam .....

Voornaam .....

Adres .....

.....

Kind is fiscaal ten laste van:

- Schuldenaar
- Andere: .....

## MEDISCHE GEGEVENS

Naam en telefoonnummer van uw huisdokter .....

Bloedgroep – rhesusfactor van het kind .....

Werd het kind gevaccineerd tegen klem (tetanus) (indien ja, in welk jaar ?) .....

Is het kind bijzonder gevoelig of allergisch voor : .....

geneesmiddelen (zo ja, welke?) .....

bepaalde stoffen of levensmiddelen (zo ja, welke ?) .....

andere producten (bv. bruine zeep).....

# PORTRET

Om de mooie herinneringen van deze speelpleinwerking te behouden worden er foto's genomen van uw kind. Deze foto's zullen enkel gebruikt worden voor publicatie over onze speelpleinwerking. Na de speelpleinwerking kunt u deze foto's ook op dvd verkrijgen. Wij vragen hierbij uitdrukkelijk uw toestemming als ouder om deze foto's te publiceren. Mogen deze foto's van uw kind voor deze doeleinden gepubliceerd worden. **JA / NEE**

# ANDERE INLICHTINGEN

**Mijn kind mag alleen naar huis:**

- Nooit
- Altijd
- Na schriftelijke toestemming

**Zaken waarvan het belangrijk is dat de begeleiding op de hoogte is (medicatie of behandeling):**

- Suikerziekte: **ja/nee** .....
- Astma: **ja/nee** .....
- Hartkwaal: **ja/nee** .....
- Epilepsie: **ja/nee** .....
- Reuma: **ja/nee** .....
- Huidaandoening: **ja/nee** .....
- ADHD: **ja/nee** (welke uren medicatie) .....
- Is uw kind allergisch voor bepaalde geneesmiddelen of zalfjes: **ja/nee** .....
- Is uw kind allergisch voor bepaalde insecten- of spinnenbeten (wespen, ...): **ja/nee** .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Informatie voor de begeleider(ster) voor de sportinitiatie zwemmen:**

- Kan het kind al zwemmen: **ja/nee** .....
- Kan het zonder zwembandjes zwemmen in het diepe gedeelte: **ja/nee** .....

Datum

Handtekening