

## MEDISCHE GEGEVENS

Naam kind	:	
Klas	:	

### Bij afwezigheid van de ouders de volgende personen contacteren

Naam	:	
Voornaam	:	
Telefoon	:	
Naam	:	
Voornaam	:	
Telefoon	:	

### Huisdokter

Naam	:	
Adres	:	
Woonplaats	:	
Telefoon	:	

### Ziekenhuis

Voorkeur	:	JA / NEE
Zoja, naam ziekenhuis	:	

### Diverse medische gegevens

Bloedgroep (indien gekend)	:	
Vaccin tegen tetanus	:	JA / NEE
Datum vaccinatie	:	
Geneesmiddelen	:	
Allergieën	:	
Aandachtspunten	:	
Datum van invullen	:	