



TOESTEMMINGSFORMULIER DEELNAME ARDENNEN WEEKEND 2023

Ondergetekende:

Ouder/Verzorger van:
(naam kind(eren))

Geeft toestemming voor deelname en overnachtingen op groepsaccommodatie La Petite Montagne, te Malmédy, België.

Heeft het kind(eren) medicijnen nodig (indien ja, onderstaande medicijnpas invullen):

☐ JA ☐ NEE

Allergisch voor :

Telefoonnummer waar we u
op kunnen bereiken tijdens
het weekend:

Eventuele Bijzonderheden :

Handtekening
ouder/verzorger:

MEDICIJN PAS (INVULLEN INDIEN VAN TOEPASSING)

Medicijnenpas (Wij assisteren, maar de kinderen moeten ook door de ouders zelf geïnstrueerd zijn !)									
Voor- en achternaam: _____									
Gebruikt medicijnen ☐ JA ☐ NEE									
Naam van medicijn 1:									
Regelmatig gebruik					Onregelmatig gebruik				
	Voor	Tijdens	Na	Hoeveel	Wanneer ?			Hoeveel ?	
Ontbijt									
Middagmaal									
Avondmaal									
Voor het slapen	Tijd:				Evt. opmerkingen:				
s Nachts	Tijd:								
Ander tijdstip	Tijd:								
Naam van medicijn 2:									
Regelmatig gebruik					Onregelmatig gebruik				
	Voor	Tijdens	Na	Hoeveel	Wanneer ?			Hoeveel ?	
Ontbijt									
Middagmaal									
Avondmaal									
Voor het slapen	Tijd:				Evt. opmerkingen:				
s Nachts	Tijd:								
Ander tijdstip	Tijd:								
Worden er nog andere medicijnen gebruikt die niet mee op kamp gaan ☐ JA ☐ NEE									
Zo ja, welke medicijnen en voor welk doel ? _____									
Zijn er medicijnen waar uw kind allergisch voor is ? ☐ JA ☐ NEE									
Zo ja welke medicijnen? _____									
Handtekening ouder / verzorger: _____									