



NAAM:

VOORNAAM:

ADRES:

TELEFOONNR:

EMAILADRES:

SCHOOL:

JAAR/RICHTING:

NAAM VADER:

TELEFOONNR:

EMAILADRES:

BEROEP:

NAAM MOEDER:

TELEFOONNR:

EMAILADRES:

BEROEP:

NUMMER VOOR DRINGENDE GEVALLEN:

MUTUALITEIT

Christelijke Mutualiteit

Liberaal Mutualiteit

Socialistische Mutualiteit

Onafhankelijk Ziekenfonds

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

HUISARTS:

MEDISCH VERLEDEN*:

**Hier kan u alle informatie kwijt omtrent eventuele kwetsuren of medische problemen waarmee uw kind in het verleden heeft te maken gehad. Indien gekend, kunnen onze trainers hiermee rekening houden.*

OPMERKINGEN*:

**Hier heeft u de ruimte om zaken mee te geven die u niet kwijt kon in de vaste items maar die u wel zinvol lijken om de club van op de hoogte te stellen, bvb. allergieën, angsten...*

Ingevuld op: