OPGAVEFORMULIER ZOMERKAMP 2023

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Achternaam |  |  | |  | |  | | | | |
| Voornaam |  |  | |  | |  | | | | |
| Adres |  |  | |  | | Speltak: | | | | |
| Postcode en woonplaats |  |  | |  | |  | | | | |
| Geboortedatum |  |  | |  | | Geslacht : | | | | |
| Sofinummer |  | | |  | | |  | | | |
| Telefoon : | | | | | | | |  |  |  |
| Email adres: | | |  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |
| Verzekeringsmaatschappij: | nummer |  | |  | | |  | | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |
| Contactpersoon in geval van nood, naam: |  |  | |  | | |  | | | |
| adres: |  |  | |  | | |  | | | |
| telefoon / GSM |  |  | |  | | |  | | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |
| Vraagt de gezondheid van uw zoon/dochter speciale zorg? |  | nee | |  | | | ja | | | |
| Zo ja, welke, eventueel aanvulling op achterzijde? |  |  | |  | | |  | | | |
| Lijdt uw zoon/dochter aan: astma, eczeem, hooikoorts, epilepsie, e.a.? |  | nee | |  | | | ja | | | |
| Moet hij/zij medicijnen gebruiken? |  | nee | |  | | | ja | | | |
| Zo ja wat en wanneer? |  |  | |  | | |  | | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |
| Kan/mag uw zoon/dochter zwemmen?  Zo ja, welke diploma’s heeft uw zoon/dochter? |  | nee | |  | | | ja | | | |
| Tegen welke ziekten is hij/zij ingeënt? Vul de laatste datum inenting in. |  |  | |  | | |  | | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |
| Naam huisarts |  |  | |  | | |  | | | |
| Adres |  |  | |  | | |  | | | |
| Telefoon |  |  | |  | | |  | | | |
| Eventueel dieet |  | nee | |  | | | ja | | | |
| Zijn er medicijnen die uw zoon/dochter beslist niet mag gebruiken? |  | nee | |  | | | ja | | | |
| Zo ja, welke? |  |  | |  | | |  | | | |
| In geval van nood, zulks ter beoordeling van een arts, geef ik toestemming mijn zoon/dochter te laten opnemen en behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, indien het niet mogelijk bleek tijdig contact op te nemen | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | | | |
| **Kampgeld kan alleen betaald worden middels  een automatische incasso** |  | Datum | | |  | | Handtekening  ouder/verzorger | | | |
| door middel van ondertekening van dit opgaveformulier geeft u toestemming om het bedrag éénmalig van uw rekening af te laten schrijven |  |  | | |  | |  | | | |
| **rekening nummer:** |  |  | | |  | |  | | | |

Bevers: van zondag 16 juli t/m woensdag 19 juli 62.50 euro

Welpen: van zondag 16 juli t/m vrijdag 21 juli 95.00 euro

Scouts: van zondag 16 juli t/m vrijdag 21 juli 100.00 euro

**Bij voortijdig verlaten van het kamp is het niet mogelijk om geld te retourneren.**