



## Medische fiche Danskamp aan Zee

Deze informatie is voor groot belang voor ons monitoren team. Gelieve dit formulier volledig ingevuld af te geven. Onderstaande informatie wordt vertrouwelijk behandeld en enkel gebruikt voor medische doeleinden gelinkt aan het danskamp.

### Persoonlijke info:

Naam en voornaam deelnemer:

Naam en telefoon van uw huisarts:

Steeds te bereiken persoon:

Naam en voornaam:

Gsm:

E-mail:

### Medische info

1) Lijdt uw zoon/dochter aan ziektes waarmee tijdens het kamp rekening moet worden gehouden? (Astma, suikerziekte, hartkwaal, epilepsie, huidaandoeningen, hoogtevrees, ADHD, spier- of gewrichtsziektes, motorische problemen, ASS, andere?)

2) Kan hij/zij zwemmen? JA / NEEN

Mijn zoon / dochter beschikt over brevet:  .....meter

3) Is uw zoon/dochter overgevoelig of allergisch voor:

- Geneesmiddelen? JA / NEEN – zo ja, welke?

- Bepaalde producten, voedingsstoffen? JA / NEEN – zo ja, welke?

4) Voeding (aanduiden aub)

Vegetarisch

Halal

Glutenvrij

Lactosevrij

Andere:

5) Moet hij/zij tijdens deze vakantie geneesmiddelen nemen? JA / NEEN

Zo ja: bijgevoegd attest medicijnen invullen!!

6) Andere specifieke aandachtspunten: (bv; blessures, gedragsstoornissen, bedplassen, .... )

7) Andere opmerkingen die belangrijk zijn voor de deelname van het danskamp:

8) Mijn kind lust absoluut niet / geen\*:

*\* het volledige menu komt de eerste dag op onze Facebookpagina te staan. Ziet u daar iets tussenstaan waar u zeker van bent dat uw danser het NIET zal eten, mag u dat in het hierboven vermelde vak noteren. Bijvoorbeeld: tomaten, kaas, ...*

**HIER KLEEF IK MET PLAKBAND EEN KLEVERTJE VAN DE MUTUALITEITEN:**

### **Regels**

Uw kind kan niet langer deelnemen aan het danskamp en zal naar huis worden gestuurd indien:

- Hij/zij bewust fysiek of verbaal geweld tegen deelnemers of de kampleiding gebruikt (accidentele fysieke contacten tijdens sport en spel tellen uiteraard niet mee);
- Hij/zij wegloopt uit de groep zonder toestemming zowel overdag als 's avonds;
- Hij/zij zichzelf in gevaar brengt door roekeloos gedrag;

- Hij/zij systematisch de opdrachten van de leiding negeert;
- Hij/zij een uitgesproken medisch probleem vertoont dat een gevaar vormt voor zichzelf of voor de werking van het kamp (bv. gebroken been, zeer erge voedselallergie.....)

Ik geef de toelating tot medische verzorging door gekwalificeerd medisch personeel van mijn zoon/dochter indien noodzakelijk en zal de hieraan verbonden kosten die door Danzateljee vzw werden betaald terugbetalen. Ook dringende absoluut noodzakelijke anesthesie, operatief ingrijpen of overbrenging naar een hospitaal behoren tot de medische handelingen die kunnen uitgevoerd worden.

Handtekening van de ouder(s) of verantwoordelijke (met eigenhandig geschreven melding "gelezen en goedgekeurd"

Danzateljee vzw treft alle nodige maatregelen om de sportlessen veilig en medisch verantwoord te laten verlopen (o.a. door gediplomeerde lesgevers, aangepaste sportaccommodatie en –materiaal.)

Vakamptie vzw

**DEZE BRIEF WORDT OP VOORHAND PER E-MAIL OF POST VERZONDEN NAAR**  
**Vakamptie vzw**  
**> [INFO@VAKAMPTIE.BE](mailto:INFO@VAKAMPTIE.BE)**  
**> HOGE WEG 28 – 2600 BERCHEM**  
**of meegegeven op de startdag van het kamp.**

# MEDICIJNENLIJST VAN : .....

MEDICIJN = naam van het medicijn

DOELEINDE = waarvoor wordt het gebruikt

INNEMEN = dagelijks / op deze dag xxx

WANNEER = specifiek uur / ochtend / voormiddag / namiddag / tijdens het eten / een uur voor het eten / ....

OPMERKING = belangrijke info voor het innemen

MEDICIJN:	DOELEINDE:	INNEMEN:	WANNEER:	OPMERKING:

VOORBEELD:

MEDICIJN:	DOELEINDE:	INNEMEN*:	WANNEER*:	OPMERKING:
CETIRIZINE	ALLERGIE	ELKE DAG	S OCHTENDS VOOR HET ETEN	1/2 PILLETJE MET EEN SLOKJE WATER
NUROFEN	BIJ KOORTS, PIJN	INDIEN NODIG	/	1 EETLEPEL IS VOLDOENDE

