

BIJLAGE 3: INLICHTINGENFICHE

ALGEMENE GEGEVENS

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

.....

OUDER 1

Naam :

E-mail:

GSM:

Waar te bereiken tijdens de werkuren?

Werkgever/adres:

OUDER 2

Naam :

E-mail:

GSM:

Waar te bereiken tijdens de werkuren?

Werkgever/adres:

CONTACTPERSOON BIJ AFWEZIGHEID VAN DE OUDERS

Naam:

Adres:

Telefoon:

Naam:

Adres:

Telefoon:

BROER(S) / ZUS(SEN)

Aantal kinderen in het gezin?

Naam en geboortedatum broer(s)/zus(sen):

.....

.....

.....

HUISARTS / KINDERARTS

Naam arts:

.....















Adres arts:

.....

telefoon:

GEZONDHEID

Mijn kind reageert allergisch op volgende allergenen/voedingsstoffen:

						
Ei <input type="checkbox"/>	Gluten <input type="checkbox"/>	Lupine <input type="checkbox"/>	Melk <input type="checkbox"/>	Mosterd <input type="checkbox"/>	Noten <input type="checkbox"/>	Pinda's <input type="checkbox"/>
						
Schaaldieren <input type="checkbox"/>	Sesam <input type="checkbox"/>	Selderij <input type="checkbox"/>	Soja <input type="checkbox"/>	Vis <input type="checkbox"/>	Weekdieren <input type="checkbox"/>	sulfiet <input type="checkbox"/>

Andere allergieën:

.....

.....

Mijn kind krijgt geneesmiddelen: ja / nee

Zo ja, welke?

.....

Welke ouder wordt als eerste gecontacteerd te worden bij ziekte/koorts in de opvang?

Vanaf welk moment?

Mijn kind heeft volgende kinderziekten al doorgemaakt:

.....

.....

Vaccinaties:

.....

.....

Andere bijzonderheden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GEZONDHEIDSGEGEVENS VAN DE FAMILIE

Zijn er, aan vaders- of moederszijde, gevallen bekend van:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| • Allergie (eczeem, astma, hooikoorts, voeding) | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Bloedziekten | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes (suikerziekte) | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsie (vallende ziekte) | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Frequent voorkomende luchtweginfecties | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Gehoorproblemen | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Groeistoornissen | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Hartafwijkingen | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Heupafwijkingen | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Lip- of verhemeltespleet | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Ontwikkelingsachterstand (mentaal of motorisch) | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Oogproblemen | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Open rug | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Schildklierafwijkingen | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Spierziekten | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |
| • Verhoogde bloedneiging | Ja <input type="checkbox"/> | nee <input type="checkbox"/> |

Indien bij één van bovenstaande aandoeningen 'ja' werd aangeduid kunnen wij hier, indien nodig, rekening mee houden.

TAAL

Thuis wordt algemeen Nederlands / dialect / andere gesproken.

EET- EN DRINGEWOONTES

FLESSENVOEDING

Mijn kind drinkt een flesje : om uur..... : van ml

om uur..... : van ml

om uur..... : van ml

In het flesje zit het volgende :

Voeding:

Hoeveelheid:

Mijn kind drinkt het flesje: op stand 1 / 2 / 3

terwijl het recht zit / plat ligt

Mijn kind: geeft niet / vaak over tijdens / na de voeding

moet tijdens de voeding opboeren: ja / neen

heeft een goede / minder goede eetlust

is een vlugge / trage drinker

Extra info:

.....
.....
.....
.....

Zo ja, dan helpt het volgende:

.....

Andere slaapgewoontes:

.....

.....

SPEL EN KNUFFEL

Mijn kind speelt graag met:

.....

.....

Dit vindt mijn kind fijn:

.....

.....

Dit vindt mijn kind niet fijn:

.....

.....

Als mijn kind verdriet heeft, wordt het graag zo getroost:

.....

.....

Thuis speelt mijn kind in de box: ja / nee

Thuis kijkt mijn kind TV: ja / nee

VERZORGING

.....

.....

.....

Mijn kind reageert allergisch op volgende verzorgingsproducten. Welke?

.....

.....

ZINDELJKHEID (INDIEN VAN TOEPASSING BIJ START OPVANG)

Mijn kind: is wel / niet zindelijk.

draagt nog een luier overdag/ tijdens het dutje

gaat op het toilet / op het potje

verwittigt wel/niet zelf als het naar het toilet moet

AFHALING

Gewoonlijk zal / zullen mijn kind brengen en afhalen.

Volgende personen mogen mijn kind brengen of afhalen:

Naam:

Adres:

Telefoon:

Naam:

Adres:

Telefoon:

Naam:

Adres:

Telefoon:

Naam:

Adres:

Telefoon:

TOESTEMMING OPVRAGEN EN VERWERKEN VAN PERSOONSGEGEVENS

Wij geven toestemming om deze gegevens te verwerken in het kader wettelijke regelgeving zoals vermeld in het huishoudelijk reglement

"Lokaal bestuur Hamme verwerkt uw gegevens conform de privacywetgeving en neemt daarbij uw rechten strikt in acht. Voor meer informatie en uw rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens, zie <https://www.hamme.be/privacy>."

Opgemaakt op (datum)

te (plaats)

Naam en handtekening ouder:

.....

Naam en handtekening ouder:

.....