

Woonplaats

Verzekeringsm. ziektekosten

Polisnummer

Medicijngebruik Ja / Nee

Indien ja, welke medicijnen

Allergie

Producten die kind niet mag

**ONDERTEKENING**

Handtekening verzorger 1

Handtekening verzorger 2

Datum aanmelding

(dd-mm-jj)

Straat en huisnummer

Postcode

Plaats

Telefoon thuis

Telefoon thuis geheim Ja / Nee

E-mail

**GEZIN**

Aantal kinderen gezin

Plaats van kind in gezin

Noodnummer en naam

Eventuele opmerkingen

*Gebruik hiervoor achterzijde*