

**Naam en voornaam deelnemer (\*)**: \_\_\_\_\_

## 1. Medische informatie (\*)

Algemene medische informatie over de deelnemer die belangrijk is voor ons zorg- en begeleidingsteam:

---

---

---

- Ik verklaar dat de deelnemer **NIET BEHOORT** tot de risicogroep (**info: zie lijst risicogroep**)
- Ik verklaar dat de deelnemer **WEL BEHOORT** tot de risicogroep (**blad "Medisch akkoord" verplicht invullen**)

## 2. Medicatie (\*)

Ik geef **toestemming** om de deelnemer volgende medicatie toe te dienen indien nodig:

- Dafalgan Pediatrice – tot 10 jaar (behandeling van hevige pijn en koorts)
  - Dafalgan bruistablet 500 mg – vanaf 10 jaar (behandeling van hevige pijn en koorts)
  - Rcalm tablet 50 mg (wagen- en busziek, overgeven en braakneigingen)
  - Buscopan Forte tablet 20 mg (bij hevige buikkrampen)
  - Enterol poeder 250 mg (bij acute diarree)
  - Imodium Instant smelttablet 2 mg (bij acute diarree)
- Ik geef **geen toestemming** om bovenstaande medicatie toe te dienen en geef eigen medicatie mee (**blad "Medicatiefiche" verplicht invullen en afgeven op de vertrekdag**)

## 3. Zorginformatie (\*)

Plast uw kind 's nachts in bed? \_\_\_\_\_ Draagt uw kind 's nachts een luier? \_\_\_\_\_

Kan uw kind zwemmen? \_\_\_\_\_ Is uw kind wagenziek/busziek? \_\_\_\_\_

Heeft uw kind nachtmerries/luidop dromen/slaapwandelen? \_\_\_\_\_

Is uw kind een vaste slaper of een lichte slaper? \_\_\_\_\_

Andere belangrijke zorginfo die ons begeleidingsteam best weet over uw kind:

---

---

---

