|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Toestemmingsbriefje excursie | | | |
| / EXCURSIE TOESTEMMINGSBRIEFJE / NOODFORMULIER | | | |
| Vul dit formulier in, dat uw kind zal vergezellen op de excursie. Deze informatie is nodig voor het geval we contact met u moeten opnemen terwijl we weg van de school zijn. Als dit formulier niet wordt ingevuld en ondertekend door de ouder of verzorger, mag een leerling/student niet deelnemen. De informatie op dit formulier wordt als vertrouwelijk beschouwd en zal op de excursie worden meegenomen door de leider/verpleegkundige van de schoolreis. | | | |
| Toestemming wordt verleend voor:  (Naam van leerling/student) IN BLOKLETTERS A.U.B.  om deel te nemen aan de excursie naar **[BESTEMMING]** per **[VERVOERMIDDEL]** op **[DAG] [MAAND] [JAAR]**. De vertrektijd is **[VERTREKTIJD]** en de terugkomsttijd is **[TERUGKOMSTTIJD]**. | | | |
| INFORMATIE OUDER/VERZORGER: | | | |
| Naam ouder/verzorger: | | | |
| Adres: | | | |
| Telefoonnummer: | | Telefoonnummer voor noodgevallen: | |
| Verstrek de hieronder gevraagde informatie, die we nodig kunnen hebben in een noodgeval. Deze informatie wijzigt de informatie op de noodkaart niet.  Geboortedatum leerling/student | | | |
| Allergieën: | | | |
| Condities die speciale aandacht vereisen (medisch/fysiek): | | | |
| Heeft de leerling/student het volgende nodig: (A) **EpiPen** Ja □ Nee □ (B) **Inhaler** Ja □ Nee □  (C) **MOMENTEEL INGENOMEN MEDICIJN:** (Type medicijn en tijd van inname): | | | |
| Praat vóór \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[DATUM]** met ’s verpleegkundige over eventuele medicijnen of speciale behoeften van de leerling/student. DEZE INFORMATIE BLIJFT VERTROUWELIJK. HET BLIJFT BIJ DE LEIDER/VERPLEEGKUNDIGE VAN DE SCHOOLREIS OP DE DAG VAN DE EXCURSIE. CONTACTGEGEVENS ALLEEN VOOR EXCURSIEDAG: | | | |
| Naam primaire contactpersoon | | Relatie tot leerling/student: | |
| Telefoonnummer: | Telefoonnummer werk: | | Mobiel telefoonnummer/pagernummer: |
| Naam secundaire contactpersoon | | Relatie tot leerling/student: | |
| Telefoonnummer: | Telefoonnummer werk: | | Mobiel telefoonnummer/pagernummer: |
| Huisarts leerling/student: | | Telefoonnummer: | |
| Tandarts leerling/student: | | Telefoonnummer: | |
| **BOODSCHAP AAN ARTS OF ZIEKENHUIS:** Hierbij autoriseer ik dat de relevante medische informatie van mijn kind mag worden bekendgemaakt aan het toepasselijke professionele personeel. Ik geef toestemming aan de arts of het ziekenhuis om mijn kind, zoals hierboven genoemd, in geval van nood te behandelen en medicijnen te geven, injecties te geven, te verdoven of te opereren. Met de onderstaande handtekening autoriseer ik eventuele noodzakelijke behandeling van mijn kind tijdens deze excursie. | | | |
| ZORGVERZEKERINGSINFORMATIE: | | | |
| Bedrijfsnaam: | Polisnummer: | | Groepsnummer: |
| Naam ouder/verzorger: | | | Datum: |
| (IN BLOKLETTERS A.U.B.) | | | |
| Handtekening ouder/verzorger: | | | |