**Veiligheid
Gezondheidsformulier / Health form**

|  |
| --- |
| Persoonlijke gegevens van / Personal information from: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naam lid) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen?*Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| Diploma’s/*Certificates* |  |

|  |
| --- |
| Medische gegevens/ Medical informationMaak indien nodig gebruik van een bijlage, voorzien van de naam van de deelnemer, voor het vermelden van de gevraagde gegevens.  |
| Vraagt de gezondheid of het gedrag van uw zoon/dochter speciale zorg?*Does your son’s/daughter’s health or behavior require special care?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| Zo ja, welke? *If yes, which?* |  |
| Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?*Does your son/daughter have to take prescribed medicine?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| *Zo ja welke en wanneer?* *If yes, specify time and name of medicine.* |  |
| Is uw zoon/dochter allergisch?*Is your son/daughter allergic?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| Zo ja, waarvoor?*If yes, for what?* |  |
| Volgt uw zoon/dochter een dieet?*Does your son/daughter follow a diet?* | □ ja / yes | □ nee / no |
| Zo ja, wat?*If yes, what?* |  |
| Is uw zoon/dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma?*Is your son/daughter vaccinated according to the Dutch vaccination program?* | □ ja / yes | □ nee / no |

|  |
| --- |
| Gegevens arts / address physician |
| Naam en adres huisarts*Name and address family doctor* | Naam / *Name* |  |
| Adres / *Address* |  |
| Telefoon / *Telephone* |  |
|

|  |
| --- |
| Verzekering / Insurances |
| Zorgverzekering*Health Insurance* | Maatschappij*Company* |  | Polisnummer*Policy number* |  |

Ondertekening |
| In geval van nood, ter beoordeling van een arts, geef ik hierbij toestemming mijn zoon/dochter te laten opnemen en behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, wanneer het niet mogelijk was tijdig contact met mij op te nemen.*In case I could not be contacted in time, I herewith consent to admittance of my son/daughter to hospital and to treatment in case of an emergency as indicated by a qualified physician.* | Datum*Date* | Handtekening ouder/verzorger*Signature parent/guardian* |
|  |  |

## Toelichting

*Als Scoutingorganisatie verwerken wij persoonsgegevens om onze vereniging te kunnen organiseren, activiteiten veilig uit te kunnen voeren en contact te hebben met onze leden. De gegevens van leden worden opgenomen in ons ledenadministratiesysteem “Scouts Online”. Als lid heb je zelf altijd inzicht in je eigen gegevens en heb je de mogelijkheid deze te bewerken of gegevens af te schermen. Hoe we met je gegevens omgaan staat beschreven op*[*www.scouting.nl/privacy*](http://www.scouting.nl/privacy)*" en in het document “Privacy-protocol Scouting Gregor Brokamp Kerkrade” te vinden op onze website*

## Op het gezondheidsformulier kunt u bijzondere persoonsgegevens vermelden. Daar deze gegevens extra onderhevig zijn aan privacywetgeving gelden voor onderstaande aanvullende voorwaarden.

* *De gegevens op dit formulier worden voor maximaal 1 scoutingjaar bewaard. Hierna worden deze gegevens verwijderd/ vernietigd.*
* *Leden/ ouders van leden wordt ieder jaar opnieuw gevraagd het gezondheidsformulier in te vullen, dit zodat wij over actuele gegevens beschikken en hier rekening mee kunnen houden tijdens onze activiteiten.*
* *De gegevens van dit gezondheidsformulier, worden verwerkt in het ledenadministratiesysteem “Scouts Online”. Dit digitale administratiesysteem valt onder toezicht van Scouting Nederland. Deze gegevens zijn alleen voor direct betrokken leidinggevenden van onze Scoutinggroep benaderbaar en worden volgens de wettelijke regelgeving afgeschermd voor onbevoegden.*
* *Wijzigingen dan wel herroepingsrecht kunnen te allen tijde via het secretariaat aangevraagd worden. Dit kan via het mailadres:* *scouting.gbg@outlook.com*