



## **Medisch protocol:**

Naam kind: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaatsnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_

Noodtelefoonnummer: \_\_\_\_\_

Medische indicatie die voor KVV van belang is: (bijvoorbeeld medicijngebruik, ziektes, diëten, voedselallergie, stoornissen als adhd of autismspectrumstoornissen.)

---

---

---

Hoe te handelen (contact ouders opnemen, 112 bellen, etc.):

---

Aanvullende opmerkingen: \_\_\_\_\_

---

---

Ouders zijn te allen tijde verantwoordelijk voor de medicijnen en de toediening hiervan.

Deze verklaring geldt voor de periode van de KinderVakantieWeek.

Ondergetekenden verklaren dat alle bovenstaande gegevens, juist aan de organisatie van de KinderVakantieWeek zijn doorgegeven.

Handtekening ouder/verzorger: