Medische verklaring

De Far Kingdoms

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Geboortedatum: | -  -19 |
| Naam huisarts: |  |
| Telefoonnummer huisarts: |  |
| Bij ongevallen waarschuwen: |  |
| Telefoonnummer: | - |

|  |
| --- |
| Fysieke activiteiten:  Ik mag  normale fysieke activiteiten uitoefenen. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ik draag momenteel: |  |
| Geen bril en geen contactlenzen | Alleen een bril |
| Alleen contactlenzen | Afwisselend een bril en contactlenzen |

|  |
| --- |
| Ik ben allergisch voor (denk ook aan medicijnen): |

|  |  |
| --- | --- |
| Ik heb last van: |  |
| Astma | Diabetes (suikerziekte) |
| Epilepsie | Hartkwalen |
| Hooikoorts | Hyperventilatie |
| Anders nl.: | Niet van toepassing |

|  |
| --- |
| Ik neem de volgende medicijnen in (en de dosering): |

|  |
| --- |
| Andere bijzonderheden: |

Ondergetekende verklaard deze medische verklaring naar waarheid te hebben ingevuld.

|  |  |
| --- | --- |
| Plaats en datum: | Handtekening: |
|  |  |

De Far Kingdoms