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