

Naam kind: .....  
Geboortedatum: ...../...../.....  
Adres: .....  
Tel/GSM: .....

Naam ouder 1: .....  
Werkgever: .....  
Tel/GSM werk: .....

Naam ouder 2: .....  
Werkgever: .....  
Tel/GSM werk: .....

WIE CONTACTEREN ALS DE OUDERS NIET TE BEREIKEN ZIJN

1. Naam + relatie contactpersoon: .....  
Tel/GSM: .....
2. Naam + relatie contactpersoon: .....  
Tel/GSM: .....
3. Naam + relatie contactpersoon: .....  
Tel/GSM: .....
4. Naam + relatie contactpersoon: .....  
Tel/GSM: .....

WIE MAG HET KIND OPHALEN

enkel de ouders

ouders + onderstaande personen

- Naam + relatie contactpersoon: .....  
Tel/GSM: .....
- Naam + relatie contactpersoon: .....  
Tel/GSM: .....
- Naam + relatie contactpersoon: .....  
Tel/GSM: .....

MOEDERTAAL

.....

SLAAPGEWOONTE

WANNEER, HOE LANG, INSLAAPGEWOONTE, WAT MEE IN BED

.....

.....

.....

.....  
.....

EVENTUELE VOEDINGSALLERGIEËN / DIEET

Mag niet: .....

Alternatief: .....

Conclusie:

beperkte aanpassing mogelijk door kinderbegeleider

.....

ouders voorzien zelf aangepaste voeding

.....

SPEL EN GEWOONTEN

WAARMEE SPEELT HET KIND GRAAG, ZIT HIJ/ ZIJ VAAK IN DE BOX OF VRIJ RONDKRUIPEN,...

.....  
.....  
.....

MEDISCHE GEGEVENS

Kinderarts (naam + tel): .....

Huisarts (naam + tel): .....

Neemt het kind vaste medicatie? Ja / Nee

Zo ja, welke en wanneer? .....

Attest bijgevoegd: Ja / Nee.....

Andere allergieën:

.....  
.....

Vraagt het kind speciale zorg? Ja / Nee

Zo ja, welke? .....

.....

Aanvraag inclusieve opvang : Ja / Nee

Andere bemerkingen? .....

.....

OPMERKINGEN / AANDACHTSPUNTEN

.....  
.....  
.....  
.....