



GO! KINDERDAGVERBLIJF
't Schorreke

KLEVER MUTUALITEIT

Bijlage I: inlichtingenfiche

Voornaam:		Rijksregisternummer:	
Naam:		Geboortedatum:	
Adres:		Geboorteplaats:	
		Geslacht:	

Ouder 1		Ouder 2	
Voornaam:		Voornaam:	
Naam:		Naam:	
Adres:		Adres:	
Tlf / GSM:		Tlf / GSM:	
Mail:		Mail:	
Rijksregisternr.:		Rijksregisternr.	
Kind fiscaal ten laste van ☐ Ouder 1 ☐ Ouder 2			

Wie contacteren in noodgevallen indien ouders niet bereikbaar zijn?

Voornaam:	
Naam:	
Adres:	
Tlf / GSM:	

Wie mag mijn kind ophalen?

Voornaam:			Naam:	
Tlf / GSM:				
Voornaam:			Naam:	
Tlf / GSM:				
Voornaam:			Naam:	
Tlf / GSM				
Voornaam:			Naam:	
Tlf / GSM:				

Huisarts			Kinderarts	
Voornaam:			Voornaam:	
Naam:			Naam:	
Adres:			Adres:	
Tlf / GSM:			Tlf / GSM:	

Geboortegegevens

Gewicht:..... kg Lengte: cm Hoofdomtrek: cm

Vaccinatie

Polio + DTP: ja / neen Datum:

ACT – HIB:	ja / neen	Datum:	
Hepatitis B:	ja / neen	Datum:	
M.B.R.:	ja / neen	Datum:	

Testen

Wiegendood: ja / neen

Algo- / gehoortest: ja / neen

Medische gegevens

Neemt uw kind vaste medicatie? ja / neen Bloedgroep:.....

Welke, voor wat en wanneer?

.....

.....

Heeft uw kind allergieën? ja / neen

Welke allergieën en wat is de behandelingswijze?

.....

.....

Doorgemaakte kinderziektes?

.....

.....

Heeft het kind speciale zorgen nodig?

.....

Over welke opvang beschikt u wanneer uw kind ziek is?

.....

Voedingsgewoontes

Hoe drinkt uw kind? fles / tas / glas / beker

Waar eet uw kind? op schoot / in de babysit / in hoge stoel / aan tafel

Volgt uw kind andere voedingsgewoontes en/of speciaal dieet? ja / neen

Indien ja, welke voedingsmiddelen mag het kind niet / wel nuttigen?

.....

.....

Slaapgewoontes

Slaaphouding? rug / buik / linker zijde / rechter zijde

Kind en gezin raadt aan om baby's op de rug te laten slapen.

Waarmee slaapt uw kind? fopspeen / knuffel / doek / slaapzak

Wanneer en hoeveel slaapt uw kind? overdag:..... 's Nachts:.....

Andere slaapgewoontes? Moet er een bepaald slaapritueel gevolgd worden?

.....

.....

Opmerkingen

Zijn er andere zaken die in acht genomen moeten worden?

.....

.....

Datum:.....

Datum:

Naam / handtekening ouder:

Naam / handtekening kinderdagverblijf:

AANVULLING INLICHTINGFICHE1^e VERJAARDAG

Voornaam:			Geboortedatum:	
Naam:				

Voedingsgewoontes

Hoe drinkt uw kind? fles / tas / glas / beker

Waar eet uw kind? op schoot / in de babysit / in hoge stoel / aan tafel

Wat eet uw kind? ☐ warme maaltijd☐ fruitpap

Volgt uw kind andere voedingsgewoontes en/of speciaal dieet? ja / neen

Indien ja, welke voedingsmiddelen mag het kind niet / wel nuttigen?

.....

.....

Problemen met stoelgang?.....

Slaapgewoontes

Slaaphouding? rug / buik / linker zijde / rechter zijde

Kind en gezin raadt aan om baby's op de rug te laten slapen.

Waarmee slaapt uw kind? fopspeen / knuffel / doek / slaapzak

Wanneer en hoeveel slaapt uw kind? overdag:..... 's Nachts:.....

Andere slaapgewoontes? Moet er een bepaald slaapritueel gevolgd worden?

.....

.....

Datum:.....

Datum:.....

Naam / handtekening ouder:

Naam / handtekening kinderdagverblijf:

Voornaam:			Geboortedatum:	
Naam:				

Voedingsgewoontes

Hoe drinkt uw kind? fles / tas / glas / beker

Waar eet uw kind? op schoot / in de babysit / in hoge stoel / aan tafel

Wat eet uw kind? ☐ warme maaltijd☐ stukjes fruit

Volgt uw kind andere voedingsgewoontes en/of speciaal dieet? ja / neen

Indien ja, welke voedingsmiddelen mag het kind niet / wel nuttigen?

.....

.....

Problemen met stoelgang?.....

Slaapgewoontes

Slaaphouding? rug / buik / linker zijde / rechter zijde

Kind en gezin raadt aan om baby's op de rug te laten slapen.

Waarmee slaapt uw kind? fopspeen / knuffel / doek / slaapzak

Wanneer en hoeveel slaapt uw kind? overdag:..... 's Nachts:.....

Andere slaapgewoontes? Moet er een bepaald slaapritueel gevolgd worden?

.....

.....

Datum:.....

Datum:.....

Naam / handtekening ouder:

Naam / handtekening kinderdagverblijf: