



Inventarisatie formulier Minidolfijnen SBC2000

Algemene gegevens

Naam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Naam ouders (begeleider / voogd)	
Telefoon vast	
Mobiel ouders / begeleiders	
Geboortedatum	
Emailadres	
BSN Nummer	

Achtergrond

Woonsituatie	Thuis / zelfstandig / woonvoorziening / Anders, namelijk....
Zwemniveau	A / B / C / ZVH 1 / ZVH 2 / ZVH 3 / Anders namelijk.....
Ik wil zwemmen, omdat:	

Medische achtergrond

Naam huisarts	
Tel.nr huisarts	
In geval van nood waarschuwen	
Naam	
Telefoonnummer	

Verstandelijk niveau	Ongeveer..... jaar (of IQ invullen:.....)
Evt. bijkomende beperking	<i>Lichamelijk / visueel / auditief, epilepsie* , etc.</i>
Schoolopleiding	
Extra informatie die van belang is om goede begeleiding te kunnen bieden Waar kunnen we rekening mee houden bij het geven van de zwemtraining?	
Medicijngebruik?	<i>Zo ja, waarvoor?</i>

Ruimte voor opmerkingen

Zaken die je graag met ons wil delen	
--------------------------------------	--

*** Epilepsie**

Slik je hiervoor medicijnen?	Ja / Nee
Hoe vaak heb je een aanval?	
Hoe ziet een aanval eruit?	
Voel je de aanval zelf aankomen?	Ja / Nee
Zijn er situaties die een aanval stimuleren?	
Zijn er andere dingen die we moeten weten over jouw epilepsie?	

Bij Epilepsie, graag formulier 'hoe te handelen bij aanval, toevoegen!'