

“Ukkepuk”

Kinderopvang

Kortrijksestraat 117

3010 Kessel-Lo

016/43 77 07

INLICHTINGSFICHE

IDENTIFICATIEGEGEVENS

KIND

Naam:
Voornaam:.....
Geboortedatum:.....

VADER

Naam:.....
Voornaam:.....
Geboortedatum:.....
Beroep:.....

MOEDER

Naam:.....
Voornaam:.....
Geboortedatum:.....
Beroep:.....

ADRES

Straat:.....Nummer.....Bus:
Woonplaats:.....Postcode.....
Tel:.....
GSM:.....
Emailadres:.....

DRINGENDE GEVALLEN

Wie mag er gecontacteerd worden in dringende gevallen?

1. Naam:.....
Voornaam:.....
Verwantschap met het kind:.....
Straat:
Woonplaats:Nummer:.....Bus:.....
Tel:.....
GSM:.....

2. Naam:.....
 Voornaam:.....
 Verwantschap met het kind:.....
 Straat:
 Woonplaats:Nummer:.....Bus:.....
 Tel:.....
 GSM:.....
3. Naam:.....
 Voornaam:.....
 Verwantschap met het kind:.....
 Straat:
 Woonplaats:Nummer:.....Bus:.....
 Tel:.....
 GSM:.....
4. Naam:.....
 Voornaam:.....
 Verwantschap met het kind:.....
 Straat:
 Woonplaats:Nummer:.....Bus:.....
 Tel:.....
 GSM:.....

MEDISCHE GEGEVENS

INENTINGEN

Mijn kind wordt wel/ niet gevaccineerd volgens het basisvaccinatieschema vastgelegd door de Hoge Gezondheidsraad. (Omcirkel wat van toepassing is.)

Kind en Gezin raadt aan om alle kinderen te vaccineren volgens dit basisvaccinatieschema.

HUISARTS Naam:.....
 Straat:.....Nummer:Bus:.....
 Woonplaats:
 Tel:

PEDIATER Naam:.....
 Straat:.....Nummer:Bus:.....
 Woonplaats:
 Tel:

Lijdt uw kind aan een bepaalde ziekte (afwijking)?.....

Heeft uw kind een bepaalde allergie?.....

Volgt uw kindje een bepaalde behandeling? (Welke?).....
.....
.....

Is uw kind al eens in het ziekenhuis opgenomen geweest?
(Wanneer? Waarom?).....
.....
.....

Welke kinderziekte(s) heeft uw kind al gehad? (Wanneer?).....
.....
.....

UW ALGEMENE VERWACHTINGEN

Wat zijn de liefste bezigheden van uw kind?.....
.....
.....

Taalgebruik? Welke taal spreekt uw kind thuis?.....
.....
.....

Vindt u buiten spelen belangrijk? Waarom?.....
.....
.....

Hoe leert u uw kind ergens afblijven?.....
Wanneer en hoe wordt uw kind gestraft?.....
.....
.....

Vindt u het belangrijk dat speelgoed gedeeld wordt?.....
Ook eigen speelgoed?.....

VOEDING

Mijn kind eet graag.....
.....

Mijn kind eet niet graag.....
.....

Mijn kind verteert moeilijk.....
.....

Mijn kind is allergisch voor.....
.....

Mijn kind heeft speciale eetgewoonten, nl.....
.....

Mijn kind drinkt graag.....
.....

SLAPEN

Heeft uw kind vaste slaaptijden?.....
.....

Heeft uw kind een bepaald slaapritueel?.....
.....

Is de slaapkamer van uw kind half of volledig verduisterd?.....
.....

Slaapt uw kind alleen in zijn kamer?.....

