



Informatieformulier tbv jeugdleider

Naam jeugdlid:

1. Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen? O Ja O Nee
Zo ja, welke soort? _____

2. Heeft uw zoon/dochter last van slaapwandelen? O Ja O Nee

Zo ja, welke maatregelen kunnen wij in deze nemen?

3. Is er voedsel of drinken wat uw zoon/dochter absoluut niet mag? O Ja O Nee
Zo ja, welke?

4. Welke gerechten lust uw zoon/dochter absoluut niet?

5. Hoe laat gaat uw zoon/dochter thuis naar bed? _____ : _____ Uur

6. Zijn er nog zaken welke niet op dit formulier staan vermeld maar welke wij wel moeten weten? O Ja O Nee

Naam ouder/verzorger

Handtekening ouder/verzorger