



Informatieformulier tbv jeugdleader

Naam jeuglid:

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

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

3. Heeft uw zoon/dochter last van bedplassen? Ja Nee

Zo ja, welke maatregelen kunnen wij in deze nemen?

4. Is er voedsel of drinken wat uw zoon/dochter absoluut niet mag? Ja Nee

Zo ja, welke?

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

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

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

Naam ouder/verzorger

Handtekening ouder/verzorger
