



Medische verklaring Expiatio

SN:

Voor- en achternaam: _____ Geboortedatum: _____

Evenement: _____ Datum: _____

Door dit formulier te ondertekenen geef ik, ondergetekende, mijn zoon/dochter/pupil toestemming om deel te nemen aan het evenement georganiseerd door Expiatio en verklaar ik kennis te hebben genomen van het onderstaande:

- Ondergetekende verklaart dat de deelnemer geestelijk en lichamelijk in staat is om aan dit evenement deel te nemen en weet dat deelname aan dit evenement voor eigen risico is.
- Ondergetekende is ervan op de hoogte dat Expiatio nooit aansprakelijk is voor deelnemers en dat de deelnemer zelf of zijn ouders/verzorgers te allen tijde verantwoordelijk blijven voor hun kinderen en voor hun handelen.
- Ondergetekende verklaart dat een contactpersoon (bijvoorbeeld ouder/verzorger) gedurende het gehele evenement telefonisch bereikbaar is.
- Expiatio kan niet aansprakelijk gesteld worden voor verlies, diefstal of beschadiging van eigendommen. Gevonden voorwerpen worden tot één jaar na het evenement bewaard en worden daarna eigendom van Expiatio of gegeven aan een goed doel.
- Ondergetekende is zich er van bewust dat de deelnemer gedurende dit evenement vooral buiten zal zijn. Expiatio raadt u dan ook sterk aan om zorg te dragen voor adequate kleding en verdere voorzorgsmaatregelen te nemen.
- Ondergetekende geeft Expiatio toestemming om in voorkomende gevallen naar de EHBO te gaan met de deelnemer. Daarvoor zijn een aantal gegevens nodig die hieronder moeten worden ingevuld. Deze gegevens worden vertrouwelijk behandeld en na het evenement vernietigd.
- Ondergetekende verklaart onderstaande gegevens volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.

Belangrijke gegevens

Bereikbaarheid in noodgevallen (tenminste één invullen)

Contactpersoon 1

Naam: _____

Contactpersoon 2

Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Telefoonnummer: _____

Deze persoon is: ouder/verzorger/anders: _____

Deze persoon is ouder/verzorger/anders: _____

Ten behoeve van EHBO

Huisarts naam: _____

Telefoonnummer: _____

Tandarts naam: _____

Telefoonnummer: _____

Verzekering naam: _____

Polisnummer: _____

Bijzonderheden zoals allergieën, ziektes, dieet, ADHD, autisme, medicijnen et cetera (gebruik evt. de achterkant van dit formulier):

Handtekening ouder/verzorger/deelnemer: _____