MEDISCH FORMULIER DOKTER

Het is voor iedere deelnemer verplicht om dit medische formulier dokter te laten invullen (deels door de dokter en deels door de verantwoordelijke). Dit formulier is een verplichting die ons opgelegd wordt door onze verzekering burgerlijke aansprakelijkheid en is één keer nodig per reisjaar.

Gelieve dit ingevuld formulier terug te mailen naar info@zorganta.be of terug te sturen per post naar : Zorganta vzw, Krommekeerstraat 30, 8755 Wingene en dit tegen de gevraagde datum.

!! OPGELET: Indien je dit formulier niet terugstuurt, kan je geen aanspraak maken op de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid tijdens je deelname aan onze vakanties.

==========

DEEL 1 : (in te vullen door de arts)

Naam deelnemer : ……

Geboortedatum : ……

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde verklaart hierbij :

- Dat bovenvermeld deelnemer een mentale beperking heeft.
- Dat bovenvermeld persoon niet aan een besmettelijke ziekte lijdt.
- Dat bovenvermeld persoon zowel medisch, psychisch als fysisch in staat is te reizen en zonder bezwaar kan deelnemen aan de vakanties ingericht door VZW Zorganta, zowel in België als het buitenland.

Aldus vastgesteld te …….. **op** ……

Stempel en handtekening van de geneesheer

==========

DEEL 2 : (in te vullen door de verantwoordelijke van de deelnemer)

Ondergetekende, ……

verantwoordelijke voor (naam deelnemer) ……
geeft hierbij de toestemming dat de medicatie mag toegediend worden door de begeleiding van Zorganta vzw onder toezicht van de hoofdverantwoordelijke van Zorganta vzw tijdens de deelname aan de vakanties.

Datum : **Handtekening :**