

INLICHTINGSFORMULIER KINDERCLUB 'T KAKELNEST

Alle gegevens zijn noodzakelijk en worden strikt vertrouwelijk behandeld.

Naam kind: Achternaam : _____ Voornaam: _____
 Geboortedatum: _____ Plaats : _____
 Nationaliteit : _____ Geslacht: _____
 Adres: _____
 School: _____
 Locatie: ☐ Eindhout ☐ Vorst-Centrum
 ☐ Veerle ☐ Vorst-Meerlaar

Naam ouder 1:papa/mama _____
 Geslacht: _____
 Adres: _____
 Tel/GSM: _____
 Naam/adres werk: _____
 Tel/GSM werk: _____
 Rijksregisternummer: _____

Naam ouder 2:papa/mama _____
 Geslacht: _____
 Adres: _____
 Tel/GSM: _____
 Naam/adres werk: _____
 Tel/GSM werk: _____
 Rijksregisternummer: _____

E-mailadres: _____
☐ mag gebruikt worden door de kinderclub als correspondentiemiddel
☐ schrijft online in en ontvangt daardoor ook de facturen online
☐ het factuur moet op naam van _____
 en ontvangt hierdoor ook het fiscaal attest.

Naam/namen andere contactpersoon: _____
 Tel/GSM: _____

Facturatieadres :(indien niet hetzelfde als het kind) _____

Aantal kinderen in het gezin:

Naam	Voornaam	Geboortedatum

Gegevens ouders: (kruis aan wat van toepassing is)

soort gezin: ☐ kerngezin ☐ éénoudergezin ☐ samenwonend
 ☐ pleeggezin ☐ co-ouderschap ☐ nieuw samengesteld
 ☐ voogdij

Statuut vader: ☐ werknemer ☐ ambtenaar ☐ zelfstandig ☐ werkloos

Statuut moeder: ☐ werknemer ☐ ambtenaar ☐ zelfstandig ☐ werkloos

Ziekenfondstussenkomst of WIGW: (weduwe, invalide, gehandicapte, wees)

☐ ja ☐ neen

Opvangaanvraag: (aankruisen wat past, meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Reguliere opvang omwille van werksituatie
- ☐ Occasioneel gebruik omwille van :
 - ☐ ouder neemt deel aan een sollicitatiegesprek
 - ☐ ouder werkt niet en start met een opleiding
 - ☐ ouder werkt niet en vindt plots werk
 - ☐ er is een acute crisissituatie in het gezin
 - ☐ het gezin heeft behoefte aan een korte draaglast vermindering
 - ☐ om sociale en/of pedagogische motieven opvang buiten het gezin nodig

Medische gegevens van het kind:

Naam huisdokter: _____ Tel _____

Laatste tetanusinenting: _____

Bloedgroep (indien gekend, niet de bepaling bij de geboorte) _____

Allergie : ☐ nee
 ☐ ja: Welke?

Andere (medische) gegevens:

Datum eerste opvang dag: _____

Handtekening ouder:

Datum:
