

Tropfen

Helbredserklæring

Det er vigtigt af du udfylder din helbredserklæring omhyggeligt - af hensyn til dig selv og Tropfen i øvrigt

Personlige data:

Cpr.nr.: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Mobil: _____

Pårørende/kontaktperson ved møder og på ture:

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Evt. arbejdstelefon: _____ Sted: _____

Kan du svømme min. 200 m? Ja Nej

Bruger du briller/kontaktlinser? Ja Nej

Lider du af allergi? Ja Nej (Hvis ja, angiv art og behandling)
(pollen, penicillin, jod eller andet?)

Lider du af en kronisk sygdom? Ja Nej (Hvis ja, angiv art og behandling)
(sukkersyge, astma, epilepsi eller andet)

Stivkrampevaccination: (Angiv årstal) _____

Øvrige helbredsoplysninger: _____

Dato: _____ Underskrift: _____