



## Aanmeldingsfiche

Naam kind: \_\_\_\_\_

Inhoud:

- Persoonlijke gegevens.
- Medische gegevens.
- Medicatie.
- Verzorging.
- Interesses en vaardigheden.
- Communicatie en omgang.

## 1. Persoonlijke gegevens.

Naam:  Voornaam:  Geslacht:

Geboortedatum:  /  /

Adres:

Naam ouders:

Gelieve hier alle relevante telefoonnummers te noteren in volgorde van belangrijkheid:

Telefoon	Telefoonnummer	Wie? (indien nodig)
Thuis		
GSM Mama		
GSM Papa		
Werk Mama		
Werk Papa		

E-mail:

Handicap:

<input type="checkbox"/> Fysieke handicap:
<input type="checkbox"/> Mentale handicap:
<input type="checkbox"/> Visuele handicap:
<input type="checkbox"/> Auditieve handicap:
<input type="checkbox"/> Louter psychische problematiek:
<input type="checkbox"/> Autisme:
<input type="checkbox"/> Andere:

Huisarts:

Telefoonnummer:

## 2. Medische gegevens.

### Epilepsie

Gemiddeld aantal aanvallen per week/maand:

Gelieve ons te vragen naar de extra fiches in verband met epilepsie.

### Besmettelijke ziekten

Welke:

Hygiënische  
voorzorgs-  
maatregelen:

Specifieke  
opmerkingen:

### Allergie

Voedsel, zo ja welk:

Geneesmiddel, zo ja welk:

Zon:

Dieren, zo ja welke:

Hooikoorts:

Andere, zo ja welk:

<input type="checkbox"/> Voedsel, zo ja welk:	
<input type="checkbox"/> Geneesmiddel, zo ja welk:	
<input type="checkbox"/> Zon:	
<input type="checkbox"/> Dieren, zo ja welke:	
<input type="checkbox"/> Hooikoorts:	
<input type="checkbox"/> Andere, zo ja welk:	

Specifieke  
opmerkingen:

**Vaccinatie**

Tetanos      Datum laatste inenting:

Hepatitis      Datum laatste inenting:

Andere:

Specifieke opmerkingen:

**Stofwisselingsziekte**

Diabetes

Schildklier

Andere:

Specifieke opmerkingen:

**Andere aandoeningen**

Hartziekte

Astma

Huidaandoening

Angsten

Andere:

Specifieke opmerkingen:

### 3. Medicatie

Neemt hij/zij medicatie. Welke?

--

Hoe neemt hij/zij deze medicatie?

volledig zelfstandig

zelfstandig onder begeleiding

volledig afhankelijk van de begeleiding

Medicatieschema:

**BELANGRIJK: INVULLEN IN GOED LEESBARE DRUKLETTERS!**

medicatie	ontbijt	12 uur	16 uur	18 uur	slapen	waarvoor

## 4. Verzorging.

### Fysieke beperkingen

Aard van fysieke  
beperking:

Invloed op het  
dagelijkse leven:

Vereiste  
hulpmiddelen:

Specifieke  
verzorging:

### Toiletbegeleiding

Toiletbegeleiding:

zindelijk overdag

Opmerkingen:

gebruik van incontinentiemateriaal (pampers)

Opmerkingen:

## Eten

eet zelfstandig

Opmerkingen:

hulp bij eten

Opmerkingen:

dieet

Opmerkingen:

andere

Opmerkingen:

## Aankleden

hulp nodig bij aankleden

Opmerkingen:

## Persoonlijke hygiëne

- volledig zelfstandig
- zelfstandig maar met begeleiding
- volledig afhankelijk van begeleiding

Opmerkingen:

## Slaap

- slaap nodig overdag

Opmerkingen:

- bepaalde slaapgewoonten en –rituelen

Opmerkingen:



## **5. Interesses en vaardigheden.**

Wat doet  
hij/zij graag?

Wat doet  
hij/zij niet  
graag?

### **Zwemmen**

Kan hij/zij  
zwemmen?

Heeft hij/zij  
hierbij hulp  
nodig?

Doet hij/zij dit  
graag?

### **Wandelen**

Kan hij/zij  
zwemmen?

Heeft hij/zij  
hierbij hulp  
nodig?

Doet hij/zij dit  
graag?

## Oriëntatie

- volledig afhankelijk van begeleiding
- kan zich oriënteren in gekende omgeving
- kan zich ook oriënteren in ongekende omgeving

## Geldbeheer

- zelfstandig
- zelfstandig onder begeleiding
- volledig afhankelijk van begeleiding

**Lezen en schrijven:**

**Rekenen:**

## Spel

Wat doet hij/zij graag?

Wat doet hij/zij niet graag?

Opmerkingen:

## 6. Communicatie en omgang

### Communicatie

kan anderen verstaan

Drukt zich uit op de volgende manier:

kan praten

heeft beperkte verbale communicatie met ondersteuning van gebaren

ander communicatiemiddel:

ander communicatiemiddel:

Opmerkingen:

### Gedrag

Opmerkingen:

### Functioneren in groep

neemt initiatief tot contact met begeleiders

neemt initiatief tot contact met deelnemers

vraagt hulp wanneer nodig

Hoe gedraagt  
hij/zij zich  
meestal in groep?

Opmerkingen: