

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| <b>PERSOONLIJKE GEGEVENS<br/>WALKING SPORTER</b> |  |
| Achternaam                                       |  |
| Voorletters                                      |  |
| Roepnaam                                         |  |
| Geboortedatum                                    |  |
| Adres                                            |  |
| Postcode/woonplaats                              |  |
| Telefoonnummer thuis                             |  |
| Telefoonnummer mobiel                            |  |
| E-mail adres                                     |  |
| Bankrekening (IBAN) nummer                       |  |
|                                                  |  |
|                                                  |  |
|                                                  |  |

Datum:

Handtekening:

(tevens machtiging voor automatische incasso)

|                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>WIE WILT U DAT ER WORDT GEWAARSCHUWD, IN HET GEVAL U IETS OVERKOMT?</b> |  |
| Voor- en achternaam                                                        |  |
| Adres                                                                      |  |
| Postcode/woonplaats                                                        |  |
| Telefoonnummer mobiel                                                      |  |
| Naam en telefoonnummer van uw huisarts                                     |  |

**MEDISCHE GEGEVENS TEN BEHOEVE VAN HET INSCHATTEN VAN DE RISICO'S VOOR U TIJDENS HET SPORTEN EN/OF OM ENIGE MEDISCHE INFORMATIE TE HEBBEN IN HET GEVAL U IETS OVERKOMT, WILLEN WIJ GRAAG EEN AANTAL MEDISCHE GEGEVENS. DIT IS ECHTER GEEN VERPLICHTING !!  
 WIJ GAAN UITERAARD DISCREET OM MET DEZE INFORMATIE.**

|                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|
| Welke medicijnen/medicatie gebruikt u?                                |  |
| Van welke ongemakken/ blessures heeft u last?                         |  |
| Valt u wel eens? Zo ja hoe vaak het afgelopen jaar                    |  |
| Wat vindt u verder nog van belang om te melden omtrent uw gezondheid? |  |