



## Medische Verklaring

A.U.B invullen en retourneren aan Nature Tours of Yukon Inc.

1. Naam: \_\_\_\_\_

Naam van Reis: \_\_\_\_\_

Vertrekdatum: \_\_\_\_\_

2. Lengte: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Geslacht \_\_\_\_\_ Geboorte datum: \_\_\_\_\_

3. Evaluatie van uw gezondheid (Kruis 1 mogelijkheid aan):

Voldoende \_\_\_\_\_ Goed \_\_\_\_\_ uitstekend \_\_\_\_\_

4. Evaluatie van uw lichamelijke conditie: (kruis 1 mogelijkheid aan)

Beneden gemiddeld \_\_\_\_\_ Gemiddeld \_\_\_\_\_ Boven gemiddeld \_\_\_\_\_

5. Gebruikt u medicijnen?

ja \_\_\_\_\_ Nee \_\_\_\_\_

Zo Ja;

Medicijnen: \_\_\_\_\_

Waarvoor? \_\_\_\_\_

6. Heeft u lichamelijke beperkingen? Ja \_\_\_\_\_ Nee \_\_\_\_\_

Zo ja, welke: \_\_\_\_\_

7. Vermeld allergieën, dieet, of andere bijzonderheden:

---

---

8. Vermeld ziekte en/of beperking die uw deelname aan deze reis kunnen beïnvloeden:

---

---

9. Datum van laatste tetanus inenting:

\_\_\_\_\_

10. Ziektekostenverzekering en polisnummer voor onze administratie.

Maatschappij: \_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_

Ik verklaar dat ik bovenstaande vragen naar waarheid heb beantwoord en dat ik zelf volledig verantwoordelijk ben voor mijn gezondheid en lichamelijke conditie tijdens de deelname aan bovenstaande expeditie.

Handtekening: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Indien u een lichamelijke beperkingen of ziekte heeft die uw deelname aan deze reis kunnen beperken, laat dan uw arts, nadat hij/zij de beschrijving van deze reis heeft gelezen, aanbevelingen en opmerkingen met betrekking tot uw ziekte en/of beperking ten aanzien van uw deelname aan deze expeditie noteren.

Opmerkingen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Handtekening Arts: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Naam Arts: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

NB: Alle bovenvermelde informatie zal strikt vertrouwelijk worden behandeld en wordt enkel gebruikt voor uw veiligheid en gezondheid tijdens uw reis met Nature Tours of Yukon.

