



# START LEFF AANMELDFORMULIER

Vul onderstaand formulier in om te kunnen starten met LEFF.

Je kunt dit zelf doen, of samen met de LEFF-coördinator.

LEFF is het leuke leefstijlprogramma, waar kinderen in de leeftijd 7 tot 13 jaar boven een gezond gewicht én hun gezin gratis fitter worden en gezond bezig zijn.

Ja, ik meld mijn kind aan voor LEFF. Ik weet dat ik of een andere ouder/verzorger bij alle bijeenkomsten aanwezig moet zijn (2 bijeenkomsten van 2 uur per week gedurende 10 weken).

Om te kunnen starten met LEFF, hebben we een aantal gegevens van jou en je kind nodig. Wil je onderstaande informatie invullen? Als je het antwoord op een vraag niet weet of als de vraag niet voor jou geldt, vul dan in: 'weet ik niet' of 'niet van toepassing'.

## Gegevens kind

Voornaam \_\_\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Geslacht  jongen  meisje

Lengte (centimeters) \_\_\_\_\_

Gewicht (kilogram) \_\_\_\_\_

Naam school \_\_\_\_\_

Klas/groep school \_\_\_\_\_

Naam huisarts \_\_\_\_\_

## Gegevens ouder/verzorger

Voornaam \_\_\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_

Ik ben de  vader  moeder  verzorger  anders, namelijk: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer thuis \_\_\_\_\_

Telefoonnummer mobiel \_\_\_\_\_

Straatnaam en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Als je een e-mailadres hebt, vul het dan hier in \_\_\_\_\_

*We willen je kind zo goed mogelijk helpen en ondersteunen. Daarom is het belangrijk dat we alle belangrijke informatie over de gezondheid van je kind te weten. Zo kunnen we zorgen dat de coaches je kind goed kunnen begeleiden.*

### **Gezondheid van je kind**

Vul hieronder belangrijke informatie over de gezondheid van je kind in.

### **Andere opmerkingen**

Heb je nog andere informatie, die voor ons belangrijk is? Bijvoorbeeld over jullie gezinssituatie? Vertel dat ons hieronder.

### **Wie heeft jullie naar LEFF doorverwezen?**

- |   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> GGD                  | <input type="checkbox"/> School   | <input type="checkbox"/> Kinderarts/ziekenhuis |
| <input type="checkbox"/> Jeugdverpleegkundige | <input type="checkbox"/> Huisarts |  |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:    |                                   |  |

---

### **Dit formulier is ingevuld door:**

Voornaam \_\_\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_

- Ik ben de
- vader
  - moeder
  - verzorger
  - LEFF-coach/projectcoördinator
  - anders, namelijk:

---

***Bedankt & tot ziens bij de eerste bijeenkomst!!***

