|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Attest B van medische geschiktheid voor personen in de kinderopvang | | | | | | | | | | | | K&G-01-160120  nieuw logo zwart Kind en Gezin |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | |
|  | Kind en Gezin  **Afdeling Kinderopvang**  Hallepoortlaan 27, 1060 BRUSSEL  **T** 02 553 14 67 – **F** 02 544 02 80  <http://www.kindengezin.be> | | | | | | | | | | | | |
|  | *Waarom vult u dit attest in?*  Een organisator van een kinderopvanglocatie is verplicht om van iedereen die werkt of direct contact heeft met de opgevangen kinderen in de kinderopvanglocatie, een attest van medische geschiktheid te hebben. Als een persoon in de kinderopvang op attest A verklaart dat hij bepaalde beperkingen of aandoeningen heeft of ervoor onderzocht wordt, of als Kind en Gezin ernaar vraagt, moet zijn medische geschiktheid beoordeeld worden door een arbeidsgeneesheer of door zijn huisarts. U vindt meer informatie en een toelichting over de regelgeving op [www.kindengezin.be](http://www.kindengezin.be).  *Wie vult dit attest in?*  De huisarts van de betrokken persoon in de kinderopvang vult dit formulier in op basis van de verklaring op het attest A van medische geschiktheid, de anamnese en het eigen patiëntendossier. | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Identificatiegegevens | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Vul de gegevens in van de persoon voor wie u dit attest invult. | | | | | | | | | | | | |
|  | voornaam | |  | | | | | familienaam | | |  | | |
|  | straat | |  | | | nummer | | |  | | bus |  | |
|  | postnummer | |  | | | | | gemeente | | |  | | |
|  | geboortedatum | | dag |  | maand |  | jaar | |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Verklaring van medische geschiktheid | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Kruis aan wat van toepassing is. | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Ik verklaar als arts dat de betrokkene, na beoordeling van eventuele psychische of fysieke beperkingen of aandoeningen, op dit moment geen psychische of fysieke beperkingen of aandoeningen heeft waardoor de opgevangen kinderen gevaar kunnen lopen. | | | | | | | | | | | |
|  |  | Ik verklaar als arts dat de betrokkene, na beoordeling van eventuele psychische of fysieke beperkingen of aandoeningen, op dit moment geen psychische of fysieke beperkingen of aandoeningen heeft waardoor de opgevangen kinderen gevaar kunnen lopen als bepaalde voorwaarden vervuld zijn. **Over welke voorwaarden gaat het?** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ondertekening | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 3 | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | | |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Druk in het vak hiernaast uw stempel af. | | | | | | | |  |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | Aan wie bezorgt u dit attest? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 4 | Geef dit attest aan de betrokken persoon.  De betrokken persoon bezorgt dit attest aan de organisator van de kinderopvanglocatie. | | | | | | | | |