

Autorijschool Poul



Persoonlijke gegevens

De formulieren invullen en retour aan de instructeur overhandigen.

Invullen in blokletters

Voornamen voluit

man/vrouw

Achternaam

Geboorteplaats

Geboortedatum [in cijfers]

Adres

Telefoonnummer

Postcode

Mobiele nummer

woonplaats

BSN

E-mail adres

E-mail adres voor de betreffende facturen

Indien minderjarig, e-mail adres voor de betreffende facturen ouder of wettelijke vertegenwoordiger.

Naam van desbetreffende persoon

Heer/Mevrouw

Akkoord met de voorwaarden van Autorijschool Poul

Handtekening

Cursist(e)

Vragen te beantwoorden door de aanvrager

Iedere vraag te beantwoorden met ja of nee in het betreffende vakje.

Nee / ja

1. Lijdt u of hebt u geleden aan epilepsie, ernstige hyperventilatie, flauwvallen, aanvallen van abnormale slaperigheid of andere bewustzijnsstoornissen ?
2. Lijdt u of hebt u geleden aan evenwichtsstoornissen of duizelingen ?
3. Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest voor een Psychiatrische stoornis, een hersenziekte of een ziekte van het zenuwstelsel ?
4. Maakt u misbruik van of hebt u misbruik gemaakt van alcohol, geneesmiddelen, Drugs of ander geestverruimende of bedwelmende middelen of bent u daarvoor Ooit medisch onderzocht of onder behandeling geweest?
5. Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest voor inwendige Ziekten als suikerziekte, hart- en vaatziekte, verhoogde bloeddruk, Nierziekte en longziekte of hebt u een hart- of vaatoperatie ondergaan ?
6. Hebt u een functiebeperking waardoor het normale gebruik van een arm, hand of vingers, dan wel van bijbehorende gewrichten, beperkt of afwezig is ?
7. Hebt u een functiebeperking waardoor het normale gebruik van een been Of voet, dan wel van bijbehorende gewrichten, beperkt of afwezig is ?
8. Hebt u een verminderd gezichtsvermogen van één of beide ogen, zelfs als u gebruik maakt van een bril of contactlenzen ?
9. Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest van een oogarts of hebt u een oogoperatie of een laserbehandeling van de ogen ondergaan ?
10. Gebruikt u geneesmiddelen die volgens de bijsluiter de rijvaardigheid kunnen Beïnvloeden, zoals slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, antidepressieve Middelen, anti psychotische middelen, opwekmiddelen en dergelijke ?
11. Hebt u nog andere aandoeningen of ziekten die het besturen van motorrijtuigen bemoeilijken en waarvoor mogelijk speciale voorzieningen nodig zijn ?

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen naar waarheid te hebben beantwoord.

Handtekening

Cursist(e)

Datum