



Afdeling Waalwijk

Secretariaat: I. Leijtens
Schrevelstraat 31
5161 AB Sprang - Capelle
Tel: 0416-348512

Internet: www.ehbowaalwijk.nl
E-mail: info@ehbowaalwijk.nl

Voorletters:

Roepnaam:

Achternaam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Telefoon:

Mobiel:

E-mail:

Geslacht: man / vrouw *

Is in het bezit van een geldig reanimatiecertificaat: ja / nee *

Heeft bij deze opleiding ook het gebruik van de AED geleerd: ja / nee *

Heeft herhaling gevolgd niet langer dan 2 jaar geleden: ja / nee *

Als u bovenstaande vragen met ja heeft kunnen beantwoorden, dan schrijven wij u in voor herhalingslessen, zodat uw certificaat geldig blijft.

Indien u niet alle vragen met ja heeft kunnen beantwoorden schrijven wij u in voor de eerst volgende cursus. Dit zijn 2 avonden of 1 zaterdagochtend.

Ik wil de cursus volgen op een: avond / zaterdagochtend *

Dit formulier zenden naar bovenstaand adres of naar: reanimatie@ehbowaalwijk.nl

* = *doorhalen wat niet van toepassing is.*