



DATUM VERBLIJF : _____ **NAAM :** _____

MEDICATIE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medibox / Medizakjes | <input type="checkbox"/> Medicatieschema - ingevuld |
| <input type="checkbox"/> Noodmedicatie | <input type="checkbox"/> Extra : _____ |



KLEREN

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Onderbroeken | <input type="checkbox"/> Truien | <input type="checkbox"/> Hemden |
| <input type="checkbox"/> Beha's | <input type="checkbox"/> Regenjas | <input type="checkbox"/> Bloezen |
| <input type="checkbox"/> Pyjama | <input type="checkbox"/> Rokken Jurken | <input type="checkbox"/> Zwemkledij |
| <input type="checkbox"/> Sokken | <input type="checkbox"/> Lange broeken | <input type="checkbox"/> Zakdoeken |
| <input type="checkbox"/> (Wandel)schoenen | <input type="checkbox"/> Shorts | <input type="checkbox"/> Zonnehoed |
| <input type="checkbox"/> Sandalen | <input type="checkbox"/> T-shirts | <input type="checkbox"/> Linnenzak |

Extra's op mijn lijst :



BADKAMER

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Douchegel | <input type="checkbox"/> Bodycrème | <input type="checkbox"/> Zonnecrème |
| <input type="checkbox"/> Shampoo Conditioner | <input type="checkbox"/> Washandjes | <input type="checkbox"/> Aftersun |
| <input type="checkbox"/> Tandpasta | <input type="checkbox"/> Scheerapparaat | |
| <input type="checkbox"/> Tandborstel | <input type="checkbox"/> Parfum | |
| <input type="checkbox"/> Beker | <input type="checkbox"/> Kam Borstel | |

Extra's op mijn lijst :



PAPIEREN

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Identiteitskaart | <input type="checkbox"/> Begeleiderskaart | <input type="checkbox"/> Zakgeld Bankkaart |
| <input type="checkbox"/> Bewijs openbaar vervoer | <input type="checkbox"/> Adreslijst Postzegels | |



EXTRA'S

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> GSM Ipad Oplader | <input type="checkbox"/> Iets wat ik fijn vind | <input type="checkbox"/> Drinkfles |
| <input type="checkbox"/> Zonnebril | <input type="checkbox"/> Diamond Painting | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Favoriete knuffel | <input type="checkbox"/> Breinaalden | |