



Week-end louveteaux
MSF
6e Val Mosan-Wanze



LES DIFFÉRENTS MONSTRES :

CHARLOTTE STAS - KAA
0472/04.43.61

DIEGO GERMAÏ - WONTOLLA
0468/37.36.70

NICOLAS PAQUAY - BALOO
0494/24.24.91

ARTHUR COURTOIS -FRÈRE GRIS
0492/17.71.61

CHARLOTTE MORHET - PHAO
0478/67.02.52

SACHA DETAILLE - FERAO
0487/39.52.22

LOUIS BOLLINNE - AKELA
0472/13.69.65

NINA VENDY - MANG
0468/45.91.13

BALOO LORSQU'IL FAUT FAIRE LA GYM DU MATIN :



DÉPART ET RETOUR :

DÉPART :

RENDEZ-VOUS LE 3 NOVEMBRE 2023 À 19H00 :RUE
BÉÉMONT 4 4590 OUFFET

NOUS VOUS DEMANDONS DE FAIRE MANGER VOS
ENFANTS AVANT DE VENIR AFIN DE POUVOIR
PROFITER DE LA SOIRÉE AVEC EUX.

RETOUR :

RENDEZ-VOUS LE DIMANCHE 5 NOVEMBRE 2023 À
12H00.

PAYEMENT :

LE MONTANT DE PARTICIPATION EST DE 35€ CE MONTANT DOIT ÊTRE VERSÉ POUR LE MERCREDI 1 NOVEMBRE 2023 SUR LE COMPTE DE LA MSF (BE81 0689 3923 1324) AVEC EN COMMUNICATION : NOM + PRÉNOM DU LOUP. EN CAS DE PROBLÈME, N'HÉSITÉZ PAS À PRENDRE CONTACT AVEC PHAO.

PRÉSENCE :

POUR UNE MEILLEURE ORGANISATION, VOS MONSTRES PRÉFÉRÉS VOUS DEMANDENT DE BIEN CONFIRMER LA PRÉSENCE DE VOTRE ENFANT AUPRÈS DE L'HORRIBLE MANG POUR LE MERCREDI 1 NOVEMBRE AU PLUS TARD.

LES FOURNITURES :

SUR TOI :

- UNIFORME IMPECCABLE (PULL, FOULARD)
- BOTTINES
- COPIE DE TA CARTE D'IDENTITÉ
- AUTORISATION PARENTALE ET FICHE MÉDICALE
- FICHE D'INSCRIPTION (POUR LES NOUVEAUX DANS L'UNITÉ)

POUR LA NUIT :

- SAC DE COUCHAGE
- OREILLER
- PYJAMA
- TON DOUDOU
- NÉCESSAIRE DE TOILETTE
- BROSSE À DENT
- DENTIFRICE

AUTRES :

- DES VÊTEMENTS CHAUDS ADAPTÉS À LA MÉTÉO
- DES SOUS-VÊTEMENTS
- DES CHAUSSURES D'INTÉRIEURS ET D'EXTÉRIEURS
- TON PLUS BEAU COSTUME DE MONSTRE (PRIVILÉGE LARÉCUP À L'ACHAT, CE N'EST PAS UN CONCOURS)
- LAMPE DE POCHE
- GOURDE
- SAC À DOS
- MÉDICAMENTS ÉVENTUELS, À DONNER À KAA EN ARRIVANT

- SANS OUBLIER TA BONNE HUMEUR ET TA MOTIVATION POUR CE WEEK-END DE FOLIEEEEEEE



MERCI DE BIEN ANNOTER VOS AFFAIRES AFIN DE POUVOIR LES RETROUVER PLUS FACILEMENT EN CAS DE PERTE :)



AUTORISATION PARENTALE

Concerne : tous les membres qui ont moins de 18 ans, même les animateurs ou les invités

Coordonnées de l'animateur responsable du groupe :

Prénom, nom :

Adresse complète :

A compléter par le parent/tuteur :

Je soussigné(e) (prénom, nom) :

père

mère

tuteur

répondant

autorise (prénom, nom)

à participer aux activités des Baladins - Louveteaux - Eclaireurs - Pionniers ⁽¹⁾

de l'unité (code de l'unité et nom complet) qui se déroulera

du / / au / / à

Pour cette période :

- Je le/la place sous l'autorité et la responsabilité de ses animateurs.
- Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.
- Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par le responsable de centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement.
- Les animateurs m'ont informé du programme d'animation en ce compris les modalités d'organisation des activités et déplacements en autonomie (activités et déplacements de patrouille par exemple).
- Je l'autorise à quitter le territoire belge sans être accompagné de ses parents/tuteurs/répondants. ⁽²⁾

Fait à le

Signature⁽³⁾

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) Cette dernière phrase est à biffer pour les camps en Belgique

(3) Pour les camps à l'étranger, il est nécessaire de faire légaliser la signature par l'administration communale





Fiche santé individuelle

A compléter par les parents ou tout membre majeur au début de chaque année scolaire, avant le camp ou la formation.

Emplacement pour
une vignette de mutuelle
Coller ici

Emplacement pour
une vignette de mutuelle
Coller ici

Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de votre enfant/de vous-même en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les animateurs ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées. N'hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès des animateurs si cela vous semble utile.

Identité du participant

Nom : Prénom :

Né(e) le

Adresse : rue n° bte

Localité : CP : tél. / GSM :

Pays : E-mail :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Adresse :

Lien de parenté : tél. / GSM :

E-mail :

Nom – Adresse :

Lien de parenté : tél. / GSM :

E-mail :

Médecin traitant

Nom – Adresse :

..... tél. / GSM :

Informations confidentielles concernant la santé du participant

Le participant peut-il prendre part aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation...)

.....

Raisons d'une éventuelle non-participation

.....

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du camp ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...) Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....

.....

.....



Quelles sont les maladies ou les interventions médicales qu'a dû subir le participant ? (+ années respectives) ?
(rougeole, appendicite...)

.....

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le tétanos ? Oui Non

Date du dernier rappel :

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Quelles en sont les conséquences ?

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ?

.....

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

.....

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui lesquels :

En quelle quantité ?

Quand ?

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

Remarques

Les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient :
paracétamol, lopéramide (plus de 6 ans), crème à l'arnica, crème Euceta® ou Calendee®, désinfectant
(Cédium® ou Isobétadine®), Flamigel®.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par le responsable de centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement. »

Date et signature

Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée ainsi qu'à la loi du 19 juillet 2006 modifiant celle du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (notion de secret professionnel stipulée dans l'article 458 du Code pénal). Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

