

Week-end louveteaux
MSF
6e Val Mosan-Wanze
Février 2025



Les chefs:

Charlotte Stas -
Kaa
0472/04.43.61

Adrien Hody -
Baloo
0479/89.05.19

Diego Germay – Won-
tolla
0468/37.36.70

Martin Gevers -Kotick
0493/84.70.22

Ryan Ouras - Jacala
0470/57.04.96

Sacha Detaille -
Ferao
0487/39.52.22

Vendy Nina - Akela
0468/45.91.13

Juliette Di Puma -
Chil
0493/81.53.78

Les loups quand il faut se lever le jour du rangement:



Arrivée et départ :



Début:



Rendez-vous le **21 février 2025 à 19H00 :**

Salle « Le Roxy » - Place du Carcan
13, 4260 Braives

Nous vous demandons de faire manger vos enfants
avant de venir afin de pouvoir profiter de la soirée
avec eux.

Fin :

Rendez-vous le dimanche **23 février 2025 à
12h00** au même endroit.





Payement :

Le montant de participation est de **35€** celui-ci doit être versé pour le mercredi 19 février 2025 sur le compte de la MSF (**BE81 0689 3923 1324**) avec en communication : nom + prénom du/des loup(s). En cas de problème, n'hésitez pas à prendre contact avec Ferao.



Présence :

Pour une meilleure organisation, nous vous demandons de bien confirmer la présence de votre/vos enfant(s) **auprès de JACALA** pour le **mercredi 12 février** au plus tard.

Les Fournitures :

Sur toi :

- Uniforme impeccable (pull, foulard)
- Bottines
- Copie de ta carte d'identité
- Autorisation parentale et fiche médicale

Pour la nuit :

- Sac de couchage
- Oreiller
- Lit
- 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 sur le thème MARIO (privilège la récup à l'achat, ce n'est pas un concours !)
- Lampe de poche
- Gourde
- Sac à dos
- Médicaments éventuels, à donner à CHIL/KAA en arrivant
- Sans oublier ta bonne humeur et ta motivation pour ce week-end de folieeeeeeee



PS : Soyez originaux dans vos déguisements ! Il y a plein de personnages différents possibles !



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 Calendeel®, 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.

