



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) Effacer 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



Fauvillers 2015



**Retour vers le
présent...**

Voilà venu le temps de vous présenter le grand camp, probablement très attendu par vous les loups...

Cette année le camp se déroulera à Grand'rue 17, Fauvillers 6637, dans notre base spatio-temporelle top secrète, NIKITA, tenue par l'union universelle inter-temporelle (UUIT) crée en 1926 par le Professeur Jean Bonnot.

Cette organisation a été créé dans le but de régler les problèmes de bug spatio-temporel dut aux fissures temporelles, en envoyant leurs meilleurs agents à travers Le continuum espace-temps...

Lettre de convocation

08/05/2015

Cher agent de l'unité WI 008,

Vous avez été sélectionné parmi nos meilleurs agents, vous faites partie de la troupe d'élite.

La mission se déroulera du 21 au 31 juillet, au départ de la base de Fauvillers.

Départ de la mission à Fauvillers le 21 juillet : 15h30 (rdv sur place)

Retour fin de mission, le 31 juillet à Bruxelles : 17h au local

Explications de la mission :

Lors de notre dernier voyage dans le futur nous avons remarqué que il y avait des interférences dans le passé, nous ne savons pas encore à quel point elles auront d'impact sur le futur, nous savons qu'il faut aller voir ce qu'il se passe à toutes les époques et régler le souci car les problèmes peuvent s'aggraver et changer irrémédiablement le cours du temps...

Nous espérons que grâce à vos compétences et celle des autres agents de votre unité, vous réussirez à restaurer le cours du temps.

Merci pour votre investissement dans notre organisation.

PS : Veuillez détruire ce message afin ne pas laisser de trace

Professeur Bonnot

Renseignements pratiques pour le bon déroulement de la mission :

Pour avoir un équipement optimal, nous vous demandons une participation de **145€**, si vous êtes deux agents de la même famille, un de vous payera 135€.

Ce montant sera à verser sur le compte **BE95 0682 3023 2658** avant le **5 Juillet**.

Nous souhaitons que tous nos agents participent à cette mission, en cas de problèmes pour régler le montant, n'hésitez pas à nous en parler, on trouvera une solution ensemble.

Nous vous demandons d'amener également une partie de votre matériel de mission avec :

- Uniforme complet
- Sac de couchage
- Matelas
- Lampe de poche
- Doudou éventuel
- Trousse de toilette avec : brosse à dents, à cheveux, dentifrice, shampoing, savon, gants de toilettes, essuie, crème solaire
- t-shirts
- Chaussettes
- Slips/culottes
- Pyjama
- Pulls
- Shorts
- Chaussures imperméables
- Chaussures d'intérieures
- Casquettes
- Gourde
- Maillot + Bonnet de piscine
- Médicaments en cas de besoin
- Sac pour le hike (sac à dos où le sac de couchage rentre dedans)
- Enveloppes timbrées avec adresse déjà écrites (+ bics)

Déguisement :

Noirs	Blancs	Verts
Moyen-âge (Chevaliers, vikings...)	Antiquité (Romains, Grecs...)	Epoque contemporaine (cow-boys, indiens...)

A rendre aux Capitaines : Abonnement stib, carte d'identité, fiche médicale, autorisation parentale.

Dernière petite note, et nous seront intransigeant avec :

!! Nous n'accepterons aucuns parasites sur le camp, une inspection poux se fera avec Akela le 21, les enfants ayant des petites bêtes devront repartir avec leurs parents !!

Contact sur place

Sur place, vous pouvez écrire aux agents

« Nom de l'agent »

Meute de la fleur rouge

Grand'rue 17

6637 Fauvillers

En cas de problème urgent vous pouvez contacter les capitaines

Akéla	Chill	Rikki	Bagheera	Won-tolla
0479/24.81.73	0484/88.41.07	0498/42.69.82	0496/535.496	0487/27.19.63



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 esient : paracétamol, lopéramide (plus de 6 ans), crème à l'arnica, crème Euceta® ou Calendula®, désinfectant (Cédium® ou Isobétadine®), Flamige®.

« 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 456 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.





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) Effacer 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

