

- À remplir par les parents.
 - Destinataire : le Staff d'Unité ou l'Animateur chargé de mettre à jour les listings dans SCRIBe.
 - Quand l'utiliser ? Dès qu'un nouveau membre rejoint ton Groupe.
- IMPORTANT :**
- Ce formulaire a pour but de t'aider à récolter les informations auprès des parents pour ensuite les encoder dans SCRIBe. **Ne le renvoie pas au Carrick. Garde-le !**

FICHE D'INSCRIPTION (ANIMÉ)

Branche : Nuton Lutin Aventure Horizon Route Intrépides

Identité de l'Animé

Nom :	Prénom :
Adresse complète :	
Date de naissance :/...../.....	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre
GSM :	E-mail :
Totem :	Quali :

Famille (contact)

Parent 1 (ou tuteur légal)	Parent 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone :	Téléphone :
GSM :	GSM :
E-mail :	E-mail :
Adresse postale si différente de celle de l'Animé/Animateur :	Adresse postale si différente de celle de l'Animé/Animateur :
Autre contact en cas d'urgence et en l'absence des parents ou du tuteur légal	
Nom et prénom :	
GSM : Téléphone : Lien (famille, voisin...) :	

Nombre de personnes habitant sous le même toit et inscrites chez Les Guides : chez Les Scouts :

<p>Par la présente, je donne mon consentement explicite à l'ASBL Les Guides, pour le traitement de mes données à caractère personnel (ou celles de la personne mineure dont je suis le représentant légal) concernant l'organisation des activités du Mouvement. La <i>Charte de protection de vie privée</i> peut être consultée dans la section des mentions légales sur www.guides.be.</p>	
Date :	Signature :

- **À photocopier/A télécharger** et à transmettre à chaque parent d'Animé et d'Animateur.
- **À remplir par** les parents (ou un médecin) qui la donnent au responsable du groupe.
- **À conserver** dans le dossier du groupe et à **emporter** lors de chaque activité Guide.
- **À montrer** au médecin ou à l'hôpital dès que c'est nécessaire.
- **À remplir** au début de chaque année Guide et à réactualiser **avant le camp** si nécessaire.

FICHE SANTÉ - Confidentiel

Note préalable : les informations ci-dessous seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les Animateurs et, le cas échéant par les prestataires de santé consultés. 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.

Identité de l'enfant : Nom : Prénom : : Date de nais. :
 Adresse complète :
 Unité Guide (Région, n°, nom) :

Médecin traitant : Nom : : Tél. :

Où joindre les parents ou le tuteur ou le responsable légal ?

<u>Personne 1</u>	<u>Personne 2</u>
Nom :	Nom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Période du au	Période du au
Et du au	Et du au
Tél. :	Tél. :
GSM :	GSM :
E-mail :	E-mail :
Remarque(s) :	Remarque(s) :

Personne à joindre en cas d'absence de ces deux personnes

Nom : Lien de parenté : Tél. : GSM :
 E-mail :

Groupe sanguin : **Poids de l'enfant :** **Date du dernier examen médical scolaire :**/...../.....

Y a-t-il des remarques concernant sa participation à certaines activités (sport, camp, jeux...) ? OUI — NON

Lesquels et pourquoi ?

L'enfant sait-il nager ? OUI — NON

Peut-il **participer** sans inconvénients **aux baignades** ? OUI — NON

L'enfant est-il en situation de :

Diabète	OUI — NON	Mal des transports	OUI — NON	Handicap mental	OUI — NON*
Asthme	OUI — NON	Affection cardiaque	OUI — NON	Handicap moteur	OUI — NON*
Epilepsie	OUI — NON	Affection cutanée	OUI — NON	Autre(s) :
Somnambulisme	OUI — NON	Rhumatisme	OUI — NON	(* Si oui, complétez l'annexe destinée aux personnes en situation de handicap.)	

Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant et/ou opérations subies : Année :
 Année :
 Année :

A-t-il été **vacciné contre le tétanos** ? OUI — NON En quelle année ? Dernier rappel le :/...../.....
 Votre enfant **se lave-t-il tout seul** ? OUI — NON Est-il sensible aux **refroidissements** ? OUI — NON
 Est-il **vite fatigué** ? OUI — NON Est-il **incontinent** ? OUI — NON

Est-il **allergique** à l'iode ? OUI — NON

Est-il **allergique** à des **médicaments** ? OUI — NON Lesquels ?

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ? OUI — NON Lesquels ? Quand ? En quelle quantité ? :

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? OUI — NON

Est-il **allergique** à certaines **matières ou aliments** ? OUI — NON Si oui, lesquels et quelles en sont les conséquences ?

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? Y a-t-il des précautions à prendre quant à son alimentation ?

Si c'est une fille, est-elle réglée ? OUI — NON Y a-t-il des observations à ce sujet ?

Autres renseignements concernant votre enfant que vous jugez importants à signaler aux Animateurs (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif, etc.) :

Pour toi, Animateur : fais remplir cette fiche et prends le temps de discuter avec les parents. Présente-la au médecin consulté lors du camp ou toute autre réunion Guide... Il peut ainsi prendre connaissance de certains antécédents et éventuellement contacter soit les parents soit le médecin traitant de l'enfant. Il peut ainsi indiquer sur ce formulaire son avis et les prescriptions à suivre. Dans ce cas, cette fiche sera remise aux parents à la fin du camp pour leur permettre de prendre les dispositions adéquates. Les autres fiches seront détruites à la fin de chaque année Guide (fin du camp).

Informations importantes pour les parents : ce questionnaire doit être complété par vous-même ou par un médecin. Il est important de nous donner ces renseignements afin que votre enfant retire le maximum de plaisir de sa participation à nos activités et à son camp.

Les Animateurs disposent d'une trousse 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.

Nous vous rappelons qu'il est nécessaire de tenir informés les Animateurs s'il y avait une évolution d'ordre médical entre le moment où vous avez rempli cette fiche et les activités.

*du Paracétamol ; de la crème à l'arnica ; de la crème ou un spray anti piqûre d'insecte ; antiseptique pour le soin des plaies ; gel cicatrisant pour soigner les brulures.

« 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 du camp (ou du responsable du groupe lors de toute autre activité) 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 mon enfant, s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

« I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the camp or its medical service may take any required measure in order to provide adequate healthcare to my child. I also grant the local doctor the right to take any urgent and indispensable decision in order to ensure the health of my child, in case of surgery. »

Date et signature du parent ou responsable légal de l'enfant :

Nom, prénom, date et signature de la personne qui a rempli ce formulaire :

A remplir par le(s) médecin(s) qui est(sont) intervenu(s) pendant le camp, le hike, etc.

Nom(s) et téléphone(s) du (des) médecin(s) consulté(s) lors du camp, du hike, etc. :

Soins prodigués :

Avis et prescriptions à suivre :

Date et signature du(des) médecin(s) :

Emplacement pour une vignette de la mutuelle.

Ne pas coller complètement

Emplacement pour une vignette de la mutuelle.

Ne pas coller complètement

- **Concerne** tout membre qui a moins de 18 ans et assimilés (en situation de handicap), y compris les Animateurs, invités et intendants.
- **À remplir et à signer par** les parents.
- **Quand ?** À l'inscription du membre.
- **À donner** à l'Animateur Responsable du Groupe.
- **Document à emporter** au weekend, camp, etc.
- **Pour en savoir plus** : *Carnet de camp*.

AUTORISATION PARENTALE

Coordonnées de l'Animateur Responsable du Groupe

Prénom, nom : **Clara PREUX**.....

Adresse complète : **RUE DU RAPOIS , 1**

7021 HAVRE.....

Région : **Hainaut Centre**..... Unité : **13ème**..... Groupe : **Aventures Walkyries**

Je soussigné (prénom, nom) :

père mère tuteur/responsable légal

autorise (prénom, nom) :

à participer aux activités Guides : réunions, weekends, camps, etc.

Durant ces périodes :

- je le 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* ;
- si son état de santé réclamait une décision urgente et à défaut de pouvoir être contacté personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien ;
- **en cas d'arrêt inopiné d'une activité ou du camp, si le Staff n'arrive pas à me joindre, j'autorise le Staff à confier mon enfant à (nom, prénom + lien parental : tante, oncle, ami, etc.) :**

.....

n° de GSM :

Date et signature du parent/tuteur/responsable légal :