

BIENVENUE AU HIKE HALLOWEEN

Si tu es né en 2006 et 2007, cette convocation est pour toi !
Tu as envie de venir t'amuser avec tes chefs durant un week-end
tout en fêtant Halloween ? Alors, lis bien ce qui suit. . .



Nous te donnons rendez-vous le vendredi 27 octobre 2017, à 20H00 à la maison hantée « Les Panards », rue des Maquisards, n° 36-38 à Winenne. Le retour se fera au même endroit, le dimanche 29 octobre 2017 à 15H.

Si tes parents et toi désirez de plus amples informations sur l'endroit de hike, n'hésitez pas à consulter le site internet www.panards.be

Voici déjà quelques photos :



INFORMATIONS PRATIQUES



PRIX

Le prix du hike s'élève à 40€ et sera à nous remettre sur place en arrivant à la maison hantée. Pour tout problème ou désaccord avec ce prix, n'hésitez pas à nous en parler.

QUE VAS-TU METTRE DANS TA VALISE ?

- ❖ Un sac de couchage et des draps de lit
- ❖ Nécessaires de toilette (savon, gant de toilette, essuie, dentifrice, brosse à dents)
- ❖ 4 paires de chaussettes
- ❖ 4 slips/culottes
- ❖ 2 ou 3 t-shirts
- ❖ 2 pantalons
- ❖ 1 gros pull
- ❖ 1 pyjama
- ❖ 1 paire de pantoufles
- ❖ 1 paire de chaussures de marche / baskets
- ❖ 1 lampe de poche
- ❖ 1 bic attaché à son foulard (!!!!)
- ❖ Son pull louveteau et son foulard
- ❖ **Ton plus terrifiant déguisement d'Halloween**



L'autorisation parentale ainsi que la fiche médicale sont à compléter et à remettre à l'arrivée.

Les jeux électroniques, GSM, tablettes, canif, etc... sont formellement INTERDITS !

Afin de confirmer la présence ou non au hike, il est demandé aux parents de compléter le google forms via le lien suivant : <https://goo.gl/forms/NU0kaOKmmsDXAfFs2> **avant le 15 octobre 2017**. Pour toutes informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter Akéla ou Kaa, par mail ou téléphone.



En espérant te voir très vite,

Le Staff de Villers.



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 : GLOGOWSKI NICOLAS

Adresse complète : Rue Villa des Roses, 32A ; 6280 GERPINNES

A compléter par le parent/tuteur :

Je soussigné(e) (prénom, nom) :
0 père 0 mère 0 tuteur 0 répondant

autorise (prénom, nom)

à participer aux activités des ~~Baladins~~ - **Louvetteaux** - ~~Eclaireurs~~ - ~~Pionniers~~ ⁽¹⁾ de l'unité 11^{ème}

Unité Frère Pierre TE011 (Villers-Poterie) qui se déroulera du 27 / 10 / 2017 au 29 / 10 / 2017 à Winenne.

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 scout, 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 ? OUI – NON

Si oui lesquels :

En quelle quantité ?

Quand ?

Est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous 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.

