

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), (nom des parents, tuteurs, répondants)
autorise mon fils / ma fille
à participer au camp baladin - louveteau éclaireur- pionnier (1)
de l'unité 15ème H-F Mangombroux (région - unité) qui se déroulera
du / / au 15 / 08 / 2008 à Arbrefontaine

Durant le camp, je place mon fils / ma fille sous l'autorité et la responsabilité de

VERSTRAELEN Julien

(nom et prénom de l'animateur responsable du camp).

Au cas où, au cours du camp, l'état de santé de mon fils / ma fille réclamerait une décision urgente et à défaut de pouvoir moi-même être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien dans le choix de celle qu'il jugerait utile.

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 (2).~~

Mes coordonnées en cas de nécessité

Prénom - Nom

.....

Téléphone

.....

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



Emplacement pour une vignette
de mutuelle
Coller ici

Emplacement pour une vignette
de mutuelle
Coller ici

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

A faire compléter avec précision par les parents au début de chaque année scout et avant le camp, par les parents ou par un médecin, et à remettre à l'animateur responsable de section.

Identité de l'enfant

Nom : Prénom : Né(e) le

Adresse : Rue N° Bte

Localité : CP : Tél : /

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Adresse :

..... Tél / GSM : /

Nom – Adresse :

..... Tél / GSM : /

Médecin traitant

Nom – Adresse :

..... Tél : /

Informations médicales confidentielles

L'enfant est-il atteint de :

Diabète Asthme Epilepsie Somnambulisme Affection cardiaque
 Affection cutanée Rhumatisme Handicap moteur Handicap mental Autres :

Fréquence et gravité :

Est-il sensible aux refroidissements ?	Oui	Non	Est-il allergique à certaines		
Est-il vite fatigué ?	Oui	Non	matières ou aliments ?	Oui	Non
Est-il incontinent ?	Oui	Non	Si oui, lesquels ?		
A-t-il un régime alimentaire particulier ?	Oui	Non		
Peut-il participer aux activités sportives ?	Oui	Non	A-t-il été vacciné contre le tétanos ?	Oui	Non
Peut-il participer aux baignades ?	Oui	Non	(date du dernier rappel)		
Sait-il nager ?	Oui	Non			
Est-il allergique à des médicaments ?	Oui	Non			

Si oui, lesquels ?

..... A-t-il reçu du sérum antitétanique ? Oui Non

..... (en quelle année ?)

Date du dernier test à la tuberculine et résultat :

Date Signature :

Soins à prodiguer et prescriptions pendant le camp

A présenter au médecin consulté lors du camp et à remettre aux parents à la fin du camp.

Médicaments à prendre durant le camp :

.....
.....

Visites du médecin – Dates

.....
.....

