



# EXPEDITION

## L'expédition c'est quoi ? :

L'expédition c'est un week-end que nous allons vivre ensemble afin de partager nos idées, nos envies, participer à de nouvelles activités mais aussi en créer pour les autres sections. Nous devons travailler ensemble tout au long de cette année. Ce week-end sera donc le point de départ d'un groupe soudé et motivé.

## Au Programme :

Date :

du vendredi 22 au samedi 23 octobre 2021

Adresse :

Boulevard saintelette 92 7000 Mons  
( Centre de Médecine Spécialisé )

Heure :

Nous vous donnons rendez-vous le 22 octobre à 19h00. L'Expédition se terminera à 17h30.

Prix :

25€ tout compris (repas, matériels, activités)

Cette somme est à payer au numéro de compte **BE94 0689 3923 0314** avec la communication : **Expédition 2021 + nom et prénom de votre enfant** ou en liquide le vendredi soir.

**!!! Ci-joint la liste de ce que vous devez emporter avec vous ainsi que l'autorisation parentale et la fiche médicale à remplir et à remettre au plus tard le jour du départ !!!**

**Sur toi :**

- Ton uniforme : foulard et ta chemise !
- Chaussures de marche

**Dans ton sac : Pour la nuit :**

- matelas
- Sac de couchage (plus couverture si nécessaire)

**Vêtements :**

- Pantalons, short
- T-Shirts, Pulls, sweat-shirt
- chaussettes, slips, culottes

**Divers : - Bonnes chaussures de marche !**

- Lampe de poche
- Ta gamelle , tes couverts
- De quoi prendre note ( stylo/feuilles)
- Canifs
- Ton Kw / pancho
- basket, bonnes chaussures
- **!!! Carte d'identité !!!**

**!!!Si médicaments, ils sont à remettre aux animateurs le jour du départ !!!!**

**JAGUARUNDI CARCAJOU SABAKA**



# Fiche santé individuelle

À compléter par les parents, représentant légal ou membre majeur au début de chaque année scoute, avant le camp, la formation et le début des activités scoutées.

Insérez ici une vignette de mutuelle
Insérez ici une vignette de mutuelle

**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 ..... Numéro de registre national : .....  
 Adresse : rue ..... n° ..... bte .....  
 Localité : ..... CP : ..... tél. / GSM : .....  
 Pays : ..... Email : .....

## Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tél. / GSM :	Tél. / GSM :
Email :	Email :
Remarque(s) :	Remarque(s) :

## Coordonnées du médecin traitant

Nom et prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. / GSM : .....

## Informations confidentielles concernant la santé du participant

Taille : ..... Poids : .....  
 Le participant peut-il prendre part aux **activités** proposées ? (sport, excursions, jeux, baignade...)  OUI  NON

Le participant sait-il **nager** ? Très bien Bien Moyennement bien Difficilement Pas du tout  
 Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> mal des transports	<input type="checkbox"/> affection cardiaque	<input type="checkbox"/> handicap mental
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> rhumatisme	<input type="checkbox"/> affection cutanée	<input type="checkbox"/> handicap moteur
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> énurésie nocturne	<input type="checkbox"/> somnambulisme	<input type="checkbox"/> maux de tête / migraines

Si vous avez coché une ou plusieurs cases, merci d'indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir :

.....  
 .....

Quelles sont les autres **maladies importantes** ou les **interventions chirurgicales** qu'a dû subir le participant ? (appendicite, rougeole...) + années respectives

.....  
 .....



Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants pour le bon déroulement des activités / du camp (problèmes de sommeil, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...) :

.....  
.....

Le participant est-il en ordre de **vaccination contre le tétanos** ?  NON  OUI

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 ? .....

.....

Le participant doit-il **prendre des médicaments quotidiennement** ?  NON  OUI

Si oui, lesquels ? .....

Préciser le dosage et les quantités : .....

Quand ? .....

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

*(nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)*

**Si le participant fait partie d'un groupe à risques du covid-19 (voir liste jointe) :**

Celui-ci a reçu un avis favorable de son médecin traitant quant à sa participation aux activités scouts.

Les coordonnées complètes du médecin traitant ont été renseignées sur le recto de la fiche santé.

### 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 suivants et ce à bon escient : paracétamol, antiseptique (de type Chlorhexidine), pommade apaisante (sur avis médical ou du pharmacien).

*« 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 du parent

Date et signature du parent

*Le traitement des données médicales est effectué dans le cadre de nos activités légitimes et moyennant les garanties appropriées, conformément à l'article 9 §2 du Règlement général relatif à la protection des données. Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la législation 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, et sont soumis au secret professionnel tel que 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. Vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites au plus tard un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.*

*Les informations relatives à nos traitements et à vos droits en qualité de personnes concernées sont disponibles dans notre charte de protection des données personnelles (disponible sur [lesscouts.be/vieprivee](http://lesscouts.be/vieprivee)).*





# AUTORISATION PARENTALE

## POUR LES ACTIVITÉS EN RÉSIDENTIEL

**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

de l'unité ..... (code de l'unité et nom complet) qui se dérouleront

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... à .....

Durant les activités scoutées :

- 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.
- Les animateurs m'ont informé des mesures sanitaires liées au covid-19 en vigueur au sein de la fédération Les Scouts Baden-Powell de Belgique.
- Je m'engage à respecter les conditions de participation aux activités. Celles-ci sont décrites sur [lesscouts.be/coronavirus](https://lesscouts.be/coronavirus).
- Je déclare décharger de toute responsabilité la Fédération des Scouts Baden-Powell, ses animateurs & scouts en cas de contamination ou de symptômes de mon enfant ainsi que de tout incident de quelque nature que ce soit liés à la pandémie de covid-19.
- Je m'engage à communiquer le résultat d'un éventuel test covid-19 réalisé sur l'enfant/jeune malade à un membre de l'équipe d'unité (éventuellement celui en charge des aspects médicaux de l'unité, s'il y en a un).
- Je m'engage à être joignable par téléphone, à avoir la possibilité de venir rechercher le participant immédiatement 24h/24 pendant toute la durée des activités scoutées, et, le cas échéant, à faire consulter le participant dès que possible (et endéans les 24h du retour au plus tard) par son médecin traitant ou un autre médecin si ce dernier n'est pas disponible.
- Je l'autorise à quitter le territoire belge sans être accompagné de ses parents/tuteurs/ répondants<sup>(1)</sup>

Fait à ..... le .....

Signature représentant légal 1 <sup>(2)</sup>

Signature représentant légal 2

(1) Cette dernière phrase est à biffer pour les camps en Belgique

(2) Pour les camps à l'étranger, il est nécessaire de faire légaliser la signature par l'administration communale





## Autorisation de publication de photos ou vidéos Droit à l'image

Afin d'illustrer le scoutisme, nous utilisons les photos que nous possédons ou qui nous sont envoyées, principalement par des animateurs. Du fait de sa participation aux activités et aux animations, chaque membre est susceptible d'être photographié ou parfois filmé en vue d'une publication ou diffusion sur les supports de communication de la fédération, son unité ou dans la presse. La fédération veille à ce que ces photos et vidéos soient appropriées et respectueuses de l'image de chacun. La personne figurant sur les photos peut à tout moment et par écrit exercer son droit de rétractation et demander l'arrêt de l'utilisation d'une photo ou vidéo sur laquelle il figure.

Je soussigné(e) [prénom + nom] .....,  
parent ou responsable de [prénom(s) + nom(s) du/des enfant(s)] .....,  
.....

Accepte que les photos ou vidéos sur lesquelles il(s)/elle(s) figure(nt) soient utilisées :

- par Les Scouts ASBL, dont l'unité HD023 DOOR fait partie ;
- par la presse dans le cadre d'un reportage sur les activités scoutées.

N'accepte pas que les photos ou vidéos sur lesquelles il(s)/elle(s) figure(nt) soient utilisées :

- par Les Scouts ASBL, dont l'unité HD023 DOOR fait partie ;
- par la presse dans le cadre d'un reportage sur les activités scoutées.

Date et lieu

Signature + mention « *Lu et approuvé* »

