



DOSSIER D'INSCRIPTION 2026-27

Prénom :

Totem :

Nom :

Section :

NUTONS



LUTINS



AVENTURES



HORIZONS



AUTRES



Branche : ☐ Nuton ☐ Lutin ☐ Aventure ☐ Horizon ☐ Route ☐ Animateur

Nom :	Prénom :
Adresse complète :	
Date de naissance :/...../.....	Sexe : ☐ F ☐ M
GSM :	E-mail :
Totem :	Quali :

Famille (contact)

Parent 1	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

Nom et prénom : Lien (famille, voisin...) :	GSM :
---	----------------

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

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.	
Date :	Signature :

Prénom, nom, Totem :

Adresse complète :

Région : Liège-Ouest Unité : 19eme Etoile de Braives Section :

Je, soussigné(e) (prénom, nom) :

☐ père ☐ mère ☐ tuteur/responsable légal

autorise (prénom, nom) :

à participer aux activités Guides : réunions, journées, week-ends, camps, etc.
qui se dérouleront durant toute l'année.

Durant cette période :

En inscrivant mon enfant à la 19^{ème} Etoile de Braives, je m'engage à ce que mon enfant **participe à toutes les réunions, week-ends et camps de sa section**. Par respect pour les Animateurs et pour les enfants en liste d'attente, une assiduité vous sera demandée. **Au bout de 3 absences, le responsable de section ou le référent de l'Unité prendra contact avec vous** pour discuter ensemble de la motivation de l'enfant et des engagements à prendre pour la suite de son année au sein de l'Unité.

Je le/la place sous l'autorité et la responsabilité des animateurs du Groupe.

J'autorise les animateurs en cas de besoin à transporter mon enfant dans un de leurs véhicules.

Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments de base autorisés ou ceux repris dans la fiche santé de mon enfant.

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, ou si mon enfant tombe malade pendant l'activité, **je m'engage à venir rechercher mon enfant le jour-même**. Si le Staff n'arrive pas à me joindre, j'autorise ce dernier à contacter et confier mon enfant à la personne renseignée sur la fiche d'inscription.

L'Unité des Guides de Braives, en tant que mouvement de jeunesse, collecte et traite les données personnelles de ses membres afin d'assurer une communication optimale strictement limitée à ses activités. Les membres de la 19^{ème} Etoile de Braives sont membres de la Fédération «Les Guides». Leurs données personnelles seront traitées conformément à la politique de protection des données de la fédération. Les membres peuvent à tout moment consulter ou modifier leurs données, sans justification. Les données sont accessibles au personnel du siège de la fédération ainsi qu'aux animateurs et au staff d'unité. En aucun cas, elle ne seront données ou vendues à des tiers. Vous pouvez modifier à tout moment le niveau de confidentialité de certaines informations sensibles. Vous pouvez également nous contacter par mail à etoiledebraives@gmail.com à tout moment pour demander des modifications ou clarifications. L'unité veille également à l'utilisation appropriée des photos prises dans le cadre d'activités guides. Elles ne sont diffusées que dans l'espace sécurisé, accessible aux membres uniquement, à l'exception de quelques photos de groupe. Toute photo peut être retirée à la demande du/de la guide ou de ses parents.

Date et signature du parent/tuteur/responsable légal :

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 après le camp si aucun dossier n'est ouvert.

Identité de l'enfant : Nom : Prénom : : Date de nais. :
Adresse complète :
Unité 19ème Etoile de Braives - Liège-Ouest

Médecin traitant : Nom : : Tél. :

Où joindre les parents ou le tuteur ou le responsable légal ?	
Personne 1	Personne 2
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 atteint de :

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

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

A-t-il reçu du **sérum antitétanique** ? OUI — NON En quelle année ?
A-t-il été **vacciné contre le tétanos** ? OUI — NON En quelle année ? Dernier rappel le :/...../.....
Date du dernier **test à la tuberculine** : Résultat du test tuberculine : O Positif - O Négatif
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 ? 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.

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 Calendeel® ; antiseptique pour le soin des plaies ; gel cicatrisant pour soigner les brûlures.

« 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. »

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

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

À 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