



FICHE D'INSCRIPTION

MEUTE TIOULI

ANNEE 2016/2017

MEUTE TIOULI – 29^e RP

Je soussigné(e) (nom + prénom), père - mère - tuteur de
..... (prénom de l'enfant), souhaite inscrire mon fils, en qualité de louveteau parmi la Meute
Tiouli, 29^{ème} R.P., Unité Saint-Paul à Waterloo.

Informations personnelles de l'enfant

Né le : / / à

Habite en ce moment chez : maman - papa - les deux - autre :

École fréquentée : en 2^e - 3^e - 4^e - 5^e - 6^e primaire.

- ☐ Nouveau dans l'unité et n'a jamais fréquenté de mouvement de jeunesse
- ☐ Nouveau dans l'unité et a déjà fréquenté un mouvement de jeunesse

Unité : en tant que (nuton-baladin-louveteau)

Nombre d'années : et raison du départ :

- ☐ Ancien dans l'unité et était aux baladins - à la MMS
- ☐ Ancien dans l'unité et était à la meute Tiouli

Informations personnelles des parents

PÈRE (OU TUTEUR LÉGAL) DE L'ENFANT

Adresse

Rue : N° :

Localité : CP :

Numéro de fixe :

GSM :

E-mail* :

Profession :

MÈRE DE L'ENFANT

Adresse de la mère (si adresse différente)

Rue : N° :

Localité : CP :

Numéro de fixe :

GSM :

E-mail* :

Profession :

*Toutes les informations relatives à l'organisation de l'année sont envoyées par mail.

N'hésitez pas à nous contacter pour toute remarque/question.

Pour le Staff, Akéla (Nicolas BERNARD) 0485.25.97.85 - ou louveteaux29@hotmail.com



Unité Saint-Paul 29^e R.P. & 17^e B.W.
Paroisse Saint-Paul à Waterloo
Drève des Chasseurs 14, B-1410



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.

Emplacement pour une vignette
de mutuelle
Coller ici

Emplacement pour une vignette
de mutuelle
Coller ici

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			
Peut-il participer aux baignades ?	Oui	Non	A-t-il été vacciné contre le tétanos ?	Oui	Non
Sait-il nager ?	Oui	Non			
Est-il allergique à des médicaments ?	Oui	Non	(date du dernier rappel)		

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

.....

.....

