



Bulletin d'inscription définitive à une étape de la formation d'Animateurs (FAn) des scouts pluralistes

à renvoyer au : Service Formation des scouts pluralistes,
39 av de la Porte de Hal, 1060 Bruxelles

Tél : 02/539.23.19 - Fax : 02/539.26.05 - mail : formation@sgp.be

F01

Ce bulletin ne sera pas pris en compte s'il n'est pas complété dans son intégralité.

Prénom :

Nom : M / F

Date de naissance :

Rue et n° :

Localité : CP :

Téléphone (jour) :

Tél. (soir) :

Fax :

Mail :

Unité / Région : /

Fonction :

☐ Animateur ☐ Animateur Responsable
☐ Castors ☐ Louveteaux ☐ Scouts/Guides ☐ Pionniers

☐ Pionnier ou Scout d'une Troupe 12-17
en dernière année.

Mentionner les dates des stages d'animation réalisés
dans les autres Sections avec mention de la Branche :

1.

2.

3.

4.

Demande d'inscription :

J'ai pris connaissance des conditions d'inscription et d'annulation et désire m'inscrire à la formation d'Animateurs suivante :
(cocher la case qui convient ET préciser les dates)

☐ FAn 1 ☐ FAn 2 ☐ FAn 4 ☐ J'ai renvoyé mon attestation de stage pratique (FAn3)

Dates de la formation :

☐ Je m'engage à être présent du premier au dernier jour de l'étape à laquelle je m'inscris.

☐ Pour compléter mon inscription je renvoie la fiche médicale présente sur le site des scouts pluralistes (dans la partie téléchargement) le plus vite possible au Service Formation (si j'ai des soucis pour me procurer ce document je contacte le Service).

Je verse la somme de : € sur le compte IBAN BE80 8792-9620-0177 des scouts pluralistes avec en communication mes prénom et nom et l'intitulé précis de la formation.

N.B. : les informations pratiques te parviendront après réception du paiement des frais de formation, dans les 15 jours avant le stage.

Date et signature du participant :

Autorisation des parents, du tuteur (pour les moins de 18 ans) :

Je soussigné(e) représentant(e) légal(e)
autorise ma fille/mon fils/mon pupille à participer à la formation.

Fait à :, le / /

Signature :

Signature du R.U. (ou R.U.a) :

Prénom, nom :

Date : / /

Fiche médicale individuelle - stage

A COMPLETER LISIBLEMENT (PAR LES PARENTS POUR LES PARTICIPANTS MINEURS)

IMPORTANT : en cas d'intolérance ou d'allergie à un aliment ou lors d'un régime alimentaire particulier merci de prévenir le Service Formation au plus tôt (avant le début du stage !) afin de prévenir les intendants d'adapter leurs préparations.

Identité du participant :

Prénom : Nom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Personne à contacter en cas d'urgence

Lien de parenté :

Prénom : Nom :

Adresse :

.....

Téléphone en journée : / Téléphone en soirée : /

GSM : /

Données médicales

(*) Biffer les mentions inutiles

Nom du médecin traitant :

Adresse :

.....

Téléphone : /

Groupe sanguin du participant :

- Le participant est-il soigné par homéopathie ? oui / non (*)
- Le participant doit-il prendre des médicaments durant le stage ? oui / non (*)
- Lesquels, pourquoi et à quelle fréquence ?
-
- Maladies ou interventions antérieures graves (lesquelles et quand ?) :
-
-

- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui / non (*)

Date du dernier rappel :

- Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de (cochez les cases) :

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> insomnie	<input type="checkbox"/> maux de ventre	<input type="checkbox"/> autres ...
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> maladie contagieuse	<input type="checkbox"/> coups de soleil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> affection cardiaque	<input type="checkbox"/> sinusite	<input type="checkbox"/> constipation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> bronchite	<input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> affection cutanée	<input type="checkbox"/> saignements de nez	<input type="checkbox"/> vomissements	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> somnambulisme	<input type="checkbox"/> maux de tête	<input type="checkbox"/> mal du voyage	<input type="checkbox"/>

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

.....

.....

.....

- Le participant est-il allergique ou sensible?

A certains des médicaments ? oui / non (*)

Lesquels ?

A certains produits alimentaires ? oui / non (*)

Lesquels ?

A d'autres choses ?

- De façon générale, autres remarques ? :

.....

.....

.....

Les informations fournies dans cette « Fiche santé » sont exactes et complètes.

Les Scouts et Guides Pluralistes ne seront nullement incriminés pour des faits ou éléments, n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence (pour un participant mineur), et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du stage à prendre toute mesure médicale concernant le participant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical, ...)

Date, nom, prénom et signature du participant ou du parent/tuteur (pour un participant mineur):

NB : N'oubliez pas de venir au stage avec votre carte SIS.