



# ***Camp louveteaux***



## ***St-Hubert 2024***

**Chers louveteaux, il y a quelques semaines, la police vous a pris en flagrant délit entrain de braquer une banque. Vous avez sûrement remarqué cette affiche durant le hike :**



**Vous allez être mis en prison du 7 juillet au 16 juillet !  
Cependant, ce n'est pas chouette, vous voulez sortir et vous amuser. VOUS AVEZ 10 JOURS pour vous évader !**

**Préparez-vous à vivre des évasions palpitantes et des énigmes captivantes.**

**Alors, prêt à relever le défi ?**

## LISTE DU MATÉRIEL

- Uniforme impeccable (foulard + pull louveteau)
- 2 pantalons (on espère avoir du soleil)
- 5 shorts
- 13 paires de chaussettes
- 13 slips
- 10 t-shirts
- 1 vieux t-shirt blanc (IRRECUPERABLE !)
- 5 pulls ou polaires
- 1 sac pour le lingue
- Des chaussures de marche, des baskets, des chaussures d'intérieur et des slashes/claquette
- 1 casquette
- 1 veste ou k-way
- 1 petit sac à dos
- Ton déguisement (voir plus bas)
- 2 pyjamas
- 1 sac de couchage
- 1 matela ou lit de camp
- 1 couverture pour les nuits froides ... (au cas où)
- De quoi te laver après les super journées
- 1 trousse de toilette (dentifrice, brosse à dent ...)
- Crème solaire
- 1 maillot de bain avec bonnet
- Lampe de poche
- 1 oreiller
- POUR LES AÎNÉS : galette + gros sac de hike !
- Mouchoirs
- Médicaments personnels !!
- Enveloppe timbrées et adressées (non obligatoire)
- Carte d'identité

## CONSEILS POUR LA VIE EN PRISON

**1. Il est très important d'écrire ton nom sur toutes tes affaires par facilité pour retrouver le propriétaire des objets perdus.**

2. N'apporte pas avec toi des gadgets inutiles tels que couteaux, GSM, IPod ou autres jeux électroniques. Tout le matériel dont tu aurais éventuellement besoin te sera fourni au camp !

3. Prends un sac à linge sale en tissu car il est important que ton linge s'aère. Il n'y a aucune machine à laver dans votre cellule pour les mauvaises odeurs !

4. Tu peux prendre des chiques dans ton sac de camp, mais attention, reste dans la limite du raisonnable et n'hésite pas à partager avec ceux qui en auraient moins que toi.

5. Pour les aînés, le hike, c'est quoi ? Ça consiste en deux journées de marche juste entre grands avec 2-3 chefs. Vous dormirez dans un lieu inconnu, vous devez donc prendre une galette (petit matela léger en mousse → Vous en aurez besoin durant le camp scout l'année prochaine). Le hike est un chouette moment :)

6. N'oublies surtout pas ta bonne humeur 😊



Galette : exemple

## DÉGUISEMENT

Tu l'auras deviné, cette année, tu devras te déguiser en prisonnier. Voici quelques exemples :



## ESPACE PARENTS :

Il faut que nous vous disions quelque chose d'important, de très important même... MERCI !! Merci d'avoir cette envie, ce souci, cette volonté de faire vivre une expérience scout à votre enfant. Merci de nous faire confiance pendant le camp mais aussi lors des réunions.

## MAIS QU'EST-CE QU'UN CAMP ?

Si c'est la première fois que votre enfant part au camp, pas de panique ! Cela se passera très bien. Pendant 10 jours, des activités, qui sortent de l'ordinaire, des journées spéciales et marrantes seront organisées et tout cela en fonction d'un thème unique. Tout sera basé sur la vie en communauté, chaque loup aura chaque jour une tâche, une responsabilité à assumer en étant toutefois encadré.

## **DÉPART :**

Nous vous attendons le **dimanche 7 juillet à 17h avec votre souper Rue du Chenois, 23 6870 Saint-Hubert**

## **RETOUR :**

La fin du camp est prévue le **mardi 16 juillet à 11h**. Les promesses se tiendront en ce moment **AVEC** les parents. Le départ sera donc vers midi.

## **ADRESSE DU CAMP :**

Il sera bien entendu possible d'écrire à votre enfant. Et il pourra lui aussi vous écrire. Pour cela, il suffit de glisser dans sa valise quelques enveloppes avec l'adresse déjà écrite dessus et déjà timbrées ; nous ferons alors le nécessaire pour la poster au plus vite.

Nous attendons votre courrier à l'adresse suivante :

**Rue du Chenois, 23 6870 Saint-Hubert - Luxembourg - Belgique**

Gite : Chalet aux alouettes

Sur l'enveloppe, vous pouvez noter : Louveteau de Spa + nom animé

## **URGENCE :**

Les numéros suivants seront mis à disposition durant le camp uniquement pour les urgences :

Walter Debroux / Akela : 0495/86.52.02

Sam Delhoune / Bagheera : 0493/81.44.16

Achille Dupont / Chil : 0471/50.46.86

Igor Paquay / Baloo : 0498/70.54.52

Morgane Van Muylder / Raksha : 0492/50.07.38

Hugues Thibault / Phao : 0492/09.13.09

## PRIX

Les frais de participation au camp s'élèvent à **135€** par louveteau. Ce prix inclut la location de l'endroit, la nourriture, les frais d'assurance, la pharmacie et enfin le matériel pour les différentes activités.

Le prix ne doit pas être un obstacle à la participation du camp. N'hésitez pas à prévenir un membre du staff si vous avez des difficultés, nous nous arrangerons en toute discrétion pour que votre enfant puisse participer à l'aventure.

Nous vous prions de verser ce montant sur le numéro de compte suivant :

**BE45 7320 7319 0389** avec en communication « camp 2024 + nom et prénom du louveteau » avant le 20 juin.

Nous nous réjouissons de vous voir !

Frère loup,

Votre staff loup



**Merci de bien vouloir compléter les papiers ci-dessous et les rendre aux chefs !**

# FICHE SANTÉ - Confidentiel

**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 un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

<b>Identité de l'enfant</b> : Nom : ..... ..... Adresse ..... (Région, n°, nom) : .....	Prénom : ..... ..... Date de nais. : ..... ..... complète ..... Unité Guide .....
--	--

**Médecin traitant** : Nom : ..... : Tél. : .....

Où joindre les parents ou le tuteur ou le responsable légal ?	
<p style="text-align: center;"><b>Personne 1</b></p> Nom : ..... Lien de parenté : ..... Période du ..... au ..... Et du ..... au ..... Tél. : ..... GSM : ..... E-mail : ..... Remarque(s) : .....	<p style="text-align: center;"><b>Personne 2</b></p> Nom : ..... Lien de parenté : ..... Période du ..... au ..... Et du ..... au ..... Tél. : ..... GSM : ..... E-mail : ..... Remarque(s) : .....
<p><b>Personne à joindre en cas d'absence de ces deux personnes</b></p> 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 en situation de :**  
 Diabète OUI — NON Mal des transports OUI — NON Handicap mental OUI — NON\* Asthme OUI — NON Affection  
 cardiaque OUI — NON Handicap moteur OUI — NON\* Epilepsie OUI — NON Affection cutanée OUI — NON Autre(s) :  
 ..... Somnambulisme OUI — NON Rhumatisme OUI — NON (\* Si  
 oui, complétez l'annexe destinée aux personnes en situation de handicap.)

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

A-t-il été **vacciné contre le tétanos** ? OUI — NON En quelle année ? ..... Dernier rappel le :  
 ...../...../..... 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 ?** Y 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. Les autres fiches seront détruites à la fin de chaque année Guide (fin du camp).

**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 ou un spray anti piquûre d'insecte ; 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. »

« I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the camp or its medical service may take any required measure in order to provide adequate healthcare to my child. I also grant the local doctor the right to take any urgent and indispensable decision in order to ensure the health of my child, in case of surgery. »

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

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

.....

**A 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*

**Annexe**

**Pour les personnes en situation de handicap  
Pour les personnes en situation de problème comportemental**

Pourriez-vous expliquer brièvement en quoi consiste le handicap de votre enfant ?

.....

.....

.....

.....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Que souhaitez-vous nous transmettre à propos de votre enfant qu'il est important que nous sachions ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Doit-on être vigilant par rapport à certaines choses ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Au niveau de la motricité

- Peut-il se déplacer seul ? OUI — NON
- avec une tribune ou un déambulateur ? OUI — NON
- en prenant des points d'appui ? OUI — NON
- en voiturette ? OUI — NON

A-t-il des troubles de l'équilibre (chutes fréquentes), des difficultés à se déplacer ? OUI — NON  
 Quelle durée ou quelle distance peut-il parcourir lors d'une promenade ? Durée : ..... Distance :  
 .....

A-t-il tendance à fuguer OUI — NON ; faut-il le tenir par la main en promenade ? OUI — NON  
 .....  
 .....

Y a-t-il des choses particulières auxquelles porter attention ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

.....

**Au niveau de la communication**

A-t-il des difficultés d'expression ? OUI — NON

Comment se fait-il comprendre : des phrases, des gestes, des pictogrammes, les yeux, des signes de tête, des rires, des vocalises ? .....

.....  
.....  
.....

Utilisez-vous un code particulier ? OUI — NON

Si oui, décrire :

.....  
.....  
.....  
.....

A-t-il des difficultés de compréhension ? OUI — NON

Exprime-t-il ses envies, ses émotions facilement ? OUI — NON

Sait-il lire, écrire ? OUI — NON

**Au niveau de l'alimentation**

Mange-t-il seul ? OUI — NON

Faut-il couper la nourriture, la mixer ? OUI — NON

Comment boit-il ? (Entourez ce qui convient) : tout seul- accompagné - au verre - à la paille - avec un gobelet adapté

Quels sont ses plats préférés ?

.....  
.....  
.....

Y a-t-il des aliments qu'il ne supporte pas ?

.....  
.....  
.....

Y a-t-il des risques de fausse déglutition ? Faut-il épaissir les liquides ?

.....  
.....

**Au niveau de ses goûts, de ses préférences**

Quels sont les jeux, les activités qu'il aime ?

.....  
.....  
.....

Quels sont les jeux, les activités qu'il n'aime pas ?

.....  
.....  
.....

Quelles sont les choses qu'il réussit bien, qu'il apprécie ?  
.....  
.....  
.....  
.....

**Au niveau de l'hygiène et de la toilette**

Sait-il aller seul aux toilettes ? OUI — NON  
Souffre-t-il d'énurésie (pipi au lit) ? OUI — NON  
Doit-il disposer de toilettes adaptées ? OUI — NON  
Porte-t-il des langes la nuit/le jour ? OUI — NON  
Sait-il se laver seul ? OUI — NON

**Au niveau de l'habillement**

Sait-il s'habiller tout seul ? OUI — NON  
Sait-il choisir des vêtements adaptés aux conditions climatiques ? OUI — NON  
Sait-il reconnaître ses vêtements ? OUI — NON

**Au niveau du sommeil**

Risque-t-il de tomber du lit ? OUI — NON  
A-t-il besoin d'aide pour sortir du lit ? OUI — NON  
Peut-il dormir sous tente ? OUI — NON  
A-t-il besoin de dormir dans une tente spéciale ? OUI — NON  
Sait-il utiliser un sac de couchage ? OUI — NON  
A-t-il besoin d'une source de lumière pour dormir ? OUI — NON  
Est-il somnambule ? OUI — NON  
De combien d'heures de sommeil a-t-il besoin ? .....

**Au niveau du comportement**

Sait-il respecter des consignes ? OUI — NON  
Lorsqu'il est en groupe, il faut faire attention à :  
.....  
.....  
.....  
.....

A-t-il des comportements qui peuvent être difficiles à supporter pour son entourage ? OUI — NON  
Si oui, lesquels :  
.....  
..... Dans cette situation, il est préférable de :  
.....  
.....

Est-ce qu'il a des frayeurs, des peurs dans un certain contexte ? OUI — NON  
Si oui, lesquels :  
.....  
.....  
.....

Qu'est-ce qui le calme, l'apaise ?  
.....  
.....  
.....  
.....

A-t-il des rituels ? OUI – NON

Si ..... oui, ..... lesquels ..... :

.....

.....

.....

.....

.....

Présente-t-il des difficultés pour maintenir son attention pendant une activité ? OUI - NON

Combien de temps en moyenne peut-il maintenir son attention ?

.....

**Au niveau médical**

Doit-il prendre des médicaments ? OUI — NON

Doit-on porter une attention particulière à un aspect spécifique ? OUI — NON

Reçoit-il des soins particuliers par des infirmiers ? OUI — NON

Est-il sensible au chaud et au froid ? OUI — NON

## AUTORISATION PARENTALE

### Coordonnées de l'Animateur Responsable du Groupe

Prénom, nom : Walter Debroux

Adresse complète : Chemin Dri les Cortis, 20, 4900 SPA

Région : Liège      Unité : 12ème Haute-Fagne      Groupe : Louveteau

Je soussigné (prénom, nom) :

.....  père  mère

tuteur/responsable légal

autorise (prénom, nom) :

..... à participer aux  
activités : réunions, weekends, camps, etc.

**Durant ces périodes :**

- je le 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* ;
- 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, si le Staff n'arrive pas à me joindre, j'autorise le Staff à confier mon enfant à (nom, prénom + lien parental : tante, oncle, ami, etc.) :**  
.....  
.  
.....  
... n° de GSM : .....

Date et signature du parent/tuteur/responsable légal :

.....