**FICHE MÉDICALE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| À renvoyer par mail – [formation@guides.be](mailto:formation@guides.be) ou par courrier postal à  Service Pédagogie Appui Formation – Rue Paul-Émile Janson, 35 – 1050 Bruxelles | | | |
| **FORMATION – 🞏 FAn – 🞏 Anim 1 – 🞏 Anim 2 – 🞏 Anim 3 (Cocher la mention utile)** | | | |
| Nom……………………………………………………………………………… | | Prénom……………………………………………………………………… | |
| Date de naissance….………/…….……/…………………. | | Téléphone…………………………………………………………………. | |
| Adresse e-mail………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| **PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE NÉCESSITÉ** | | | |
| Nom………………………………………………………… | Téléphone…………………………………… | | Lien relationnel……………………. |
| Nom………………………………………………………… | Téléphone…………………………………… | | Lien relationnel……………………. |

Groupe sanguin……………..……………

1. Régime alimentaire particulier (casher, halal, végétarien, végétalien, …)……………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Nourriture | 1. Médicament | 1. Autre |
| **Allergie** |  |  |  |
| **Intolérance** |  |  |  |

1. Précautions particulières à prendre pour participer à des activités physiques ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………...…………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………..………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Es-tu victime de troubles comme des crises d’épilepsie ou d’hyper ventilation ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………...…………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………..………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Élément(s) de santé que tu veux porter à notre connaissance. (Prise de médicament journalière) ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………...…………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………..………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***N’oublie pas de prendre ta carte d’identité et une vignette de mutuelle***

**R.O.I. (RÈGLEMENT D'ORDRE INTÉRIEUR)**

|  |
| --- |
| À renvoyer par mail – [formation@guides.be](mailto:formation@guides.be) ou par courrier postal à  Service Pédagogie Appui Formation – Rue Paul-Émile Janson, 35 – 1050 Bruxelles |
| **FORMATION – 🞏 FAn – 🞏 Anim 1 – 🞏 Anim 2 – 🞏 Anim 3 (Cocher la mention utile)** |

Ce règlement reprend l’ensemble des règles non négociables. En le signant, tu t’engages à le respecter. Ce règlement est applicable à la fois pour les participants et pour l’équipe de Formation.

En ce qui concerne les règles de vie commune propre à chaque groupe de vie, elles seront discutées et fixées avec le groupe en début de Formation.

**Règlement général de la Formation**

* La loi belge prévaut et nul n’est censé l’ignorer.
* Les vols ne seront pas tolérés.
* La possession et la consommation de substances illicites ne sont pas admises.
* Les relations intimes ou toute attitude ou comportement qui pourraient choquer les autres ne sont pas permis. Une personne par lit.
* Le Code Guide est d’application toute l’année et donc aussi en Formation.
* Les activités de Formation se déroulent tous les jours entre 9h et 22h. Sauf mention contraire, GSM sont autorisés uniquement lors des pauses et non durant les temps de Formation.
* La participation active à toutes les Unités de Formation est requise pour obtenir son brevet.
* La présence au rassemblement est obligatoire.
* Il est interdit de quitter le lieu de Formation sans l’autorisation de son coordinateur.
* Les participants sont priés de ne pas utiliser leur véhicule personnel durant la durée du séjour.

**Règlement hors moment de Formation et pendant l’agora**

* Aucun apport d’alcool ni aucun jeu bibitif (y compris affonds) ne sont autorisés. Si toutefois un participant avait quand même pris de l’alcool avec lui, il pourra le donner à son coordinateur et cela lui sera rendu en fin de Formation sans qu’aucune sanction ne soit donnée.
* À partir de 23h00, le bruit ne sera plus toléré dans les couloirs et dans les chambres.
* Il est interdit de consommer les boissons de l’agora à l’extérieur hormis dans la zone fumeurs.
* Dès 22h00, aucun bruit ne sera fait à l’extérieur et le bruit à l’intérieur sera limité le plus possible.
* L’agora se fera en autogestion. S’il y a un trou dans la caisse c’est l’ensemble des participants qui combleront le trou de celle-ci.
* Le bar sera ouvert jusque 2h00.

**Règlement pendant les moments de Formation**

Les règles seront mises en place en groupe de vie le premier jour de la Formation.

**Sanctions**

Les sanctions seront prises selon la situation et à la libre appréciation de l’équipe de Formation.

**🞏** ***J'ai lu et j'accepte le règlement d'ordre intérieur de la Formation***

**Signature du participant à la Formation Signature d'un parent (si le participant est mineur)**

**AUTORISATION PARENTALE**

|  |
| --- |
| À renvoyer par mail – [formation@guides.be](mailto:formation@guides.be) ou par courrier postal à  Service Pédagogie Appui Formation – Rue Paul-Émile Janson, 35 – 1050 Bruxelles |
| **FORMATION – 🞏 FAn – 🞏 Anim 1 – 🞏 Anim 2 – 🞏 Anim 3 (Cocher la mention utile)** |
| Je soussigné(e)……………………………………........………………………………………………………..................................................... (Nom, Prénom)  🞏 Père 🞏 Mère 🞏 Tuteur 🞏 Répondant  autorise..................................................................……………...................... (Nom, Prénom) 🞏 mon fils/ 🞏 ma fille **(Cocher la mention utile)**  à participer à la Formation qui se déroulera du………/……./202……..au………/……./202…….. au Domaine de Mozet |

**Durant cette période**

* Je place mon enfant sous l’autorité et la responsabilité du coordinateur de la Formation.
* Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments de base autorisés.
* Si l’état de santé de mon enfant 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 de la Formation, je m’engage à venir rechercher mon enfant le jour même.
* **Si le coordinateur n’arrive pas à me joindre, j’autorise ce dernier à contacter et confier mon enfant à**

**Nom, Prénom**…………………………………………………………….. **Lien relationnel**………………………………………

**Numéro de GSM**……………………………………………………………

Fait à……………………………………………………………………………….le………/…….../202……..

**Signature d’un parent**