

# CAMP D'ENFANTS 2023

Coupon à détacher et renvoyer dûment rempli à

Henrotte Stephan

49 rue sous le bois 4430 Ans

Email : camp@epubserainghaut.be

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

E-MAIL : .

TELEPHONE :...../.....

GSM : ...../ .....

DÉPART A SERAING :

( SANS VOITURE ) ( AVEC UNE VOITURE ..... PLACES DISPONIBLES )

RETOUR DE GENVAL :

( SANS VOITURE ) ( AVEC UNE VOITURE ..... PLACES DISPONIBLES )

SIGNATURE OBLIGATOIRE d'un parent :

## THEME DU CAMP :

« **Jésus maître des étoiles** »

## INSCRIPTIONS ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Responsable : Daniel Muzembe (GSM : 0484 02 45 11)

Robert Haeck (GSM : +32 499 91 34 91)

Secrétariat : Sally Tshikuna (GSM : +32 466 28 29 55)

Nous sommes également disponibles après le culte

Email : camp@epubserainghaut.be

Pour qui ? Tous les enfants de 6 ans à 11 ans inclus

Où ? Camp des Taillis Bois Pirard 127

1332 GENVAL

Quand ? Du samedi 25 février 2023 (14h00)

Au mercredi 1<sup>er</sup> mars 2023 (14h)

Attention samedi 25 février repas seulement le soir

Les parents sont invités et encouragés à conduire et à venir rechercher leur(s) enfant(s) au camp.

Combien ? 90 € à payer pour le 20 février au plus tard.

L'inscription sera prise en compte, lors du paiement de l'acompte de 50% (possibilité de réduction pour famille nombreuse, contactez-nous).

**Procurez-vous l'attestation de votre mutuelle pour une intervention éventuelle de celle-ci.**

Versement au compte : BE 59 7506 3011 8226 en précisant :

« Camp d'enfants 2023 + Nom et prénom de l'enfant »

Ou directement au directeur.

Nous vous remercions de payer le camp dans les délais requis.



## Renseignements pratiques, à lire absolument :

**Ce qu'il te faut absolument : Carte d'identité et 2 vignettes  
Ta bible si tu en as une**

**Pour les nuits** : un sac de couchage et un drap housse (**obligatoire**), ou un drap de lit et un drap housse (**obligatoire**), une taie d'oreiller (**obligatoire**), un pyjama et des pantoufles

**Pour te décrotter** : ta brosse à dents et ton dentifrice, ton savon et ton shampoing, ton peigne ou ta brosse à cheveux, ton gobelet, tes essuies et gants de toilette et autres objets d'hygiène personnelle.

**Pour les filles** : un bonnet de douche

**Pour la journée** : Des vêtements chauds (pantalons, pulls, veste, écharpe, gants, K-way, chaussettes, slips, mouchoirs, ...), vêtements de sport.

Des bottes, tennis ou baskets, tes chaussures de marche, un sac pour ton linge sale.

**Pour les petits** : prévoir des sachets séparés contenant une tenue complète par jour (T-shirt, pantalon, slip et chaussettes) + 2 tenues supplémentaires.

**Marquage des vêtements obligatoire afin d'éviter les pertes !**

**ET BEAUCOUP DE BONNE HUMEUR... !**

### **REMARQUES :**

Les enfants n'ont pas besoin d'emporter d'argent de poche.

Afin de ne pas perturber les activités, les GSM ne sont pas autorisés.

Toutefois, vous pouvez contacter votre enfant 1 à 2 fois sur le séjour **Numéro de GSM des responsables et ce aux heures des repas (±12h30 et 18h30)**

**N.B. : Votre enfant doit suivre un traitement médical particulier ? Souffre-t-il d'incontinence ? (Prévoir protection de matelas + draps de rechange)**

**Veillez-nous le signaler. S.V.P. Merci**

# CAMP D'ENFANTS 2023

## JESUS

## MAITRE

## DES ETOILES

Une activité organisée par  
l'église protestante évangélique de Seraing-Haut  
E.P.U.B DE SERAING-HAUT : rue du Chêne 384, 4100 SERAING

**5. Sommeil / Repas :**

- Habitude particulière avant de se coucher ou pendant la nuit ?  
.....
- Faut-il le réveiller pendant la nuit pour aller aux toilettes ?  
.....
- Aliments qu'il/elle ne digère pas ? oui/non  
Lesquels ?.....
- Suit il/elle un régime particulier à suivre ? oui/non
- Est-il/elle végétarien ? oui/non

**6. Informations médicales :**

L'enfant souffre-il (de manière permanente ou régulière) de :

	oui	non	Si oui, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions Particulières prendre ? merci de compléter
Diabète			
Maladie cardiaque			
Épilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence			
Asthme			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de la route			
Coup de soleil			

- A-t-il/elle subit une maladie ou intervention grave ? oui/non  
Si oui laquelle ? .....

• **Allergies ?**

A des médicaments, oui/non Lesquels ?  
.....

A des aliments ? oui/non Lesquels ?  
.....

Au soleil ? oui/non Précautions particulière ?  
.....

- Devra-t-il/elle prendre des médicaments durant le séjour ?  
oui/non lesquels, quand pourquoi ? .....

- Votre enfant porte-t-il des lunettes ? oui/non
- Votre enfant porte-t-il un appareil auditif ? oui/non
- Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ? oui/non
- Vaccination contre le tétanos ? oui/non  
Date de la première injection : .....  
Date du dernier rappel : .....

**OBLIGATOIRE : DEUX VIGNETTES DE MUTUELLE  
ET CARTE D'IDENTITE**

## 7. Décharge médicale :

Je soussigné ..... père, mère,  
tuteur (barrer les mentions inutiles) de .....

..... autorise les responsables du  
camp à prendre toutes les mesures nécessaires d'ordre médical ou  
chirurgical que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage d'autre part à rembourser les frais médicaux et  
pharmaceutiques engagés par les organisateurs du camp à cette  
occasion.

Fait à ..... Le .....

Signature .....

J'autorise les responsables du camp à prendre mon enfant en  
photo durant le séjour : oui/non

## Fiche de Santé

### 1. Le Participant :

- Nom..... Prénom.....
- Date de naissance.....
- Adresse.....
- Tél privé :..... Tél Travail :.....

### 2. Lieux de vie :

- Où l'enfant vit habituellement en  
Famille / Institution / Grands-parents
- Personnes à contacter en cas d'urgence du 25 février au 1<sup>er</sup> mars

- 1.Nom..... Tél. :.....  
Lien de parenté : .....
- 2.Nom..... Tél. :.....  
Lien de parenté : .....
- 3.Nom..... Tél. :.....  
Lien de parenté : .....

- A-t-il des frères et sœurs ? oui/non
- Quelle est sa langue usuelle ?.....

### 3. Loisirs :

- Quels sont ses loisirs favoris ?.....
- Activités/sports qu'il/elle ne peut pratiquer ?  
.....
- A-t-il/elle déjà participé à un camp ? oui/non

### 4. Santé :

- État de santé de votre enfant : TB – B – Moyen  
Poids :..... Taille : .....
- Nom du médecin traitant et téléphone :.....

.....  
Adresse : .....