

## Dans ta valise il te faut..



- TA CARTE D'IDENTITÉ ET 2 VIGNETTES (TRÈS IMPORTANT!);
- TA BIBLE, SI TU EN POSSÈDES UNE;
- POUR DORMIR: UN SAC DE COUCHAGE (OU UNE COUETTE MUNIE D'UNE HOUSSE), UN DRAP HOUSSE (OBLIGATOIRE), UNE TAIE D'OREILLER (OBLIGATOIRE), UN PYJAMA ET DES PANTOUFLES.
- N'OUBLIE PAS TA BROSSÉ À DENTS ET TON DENTIFRICE, TON SAVON ET TON SHAMPOING, TON PEIGNE OU TA BROSSÉ À CHEVEUX, TON BONNET DE DOUCHE, TON Gobelet, TES ESSUIES ET GANTS DE TOILETTE, TES MOUCHOIRS ET AUTRES OBJETS D'HYGIÈNE PERSONNELLE.
- POUR LA JOURNÉE : DES VÊTEMENTS CHAUDS (PANTALONS, PULLS, VESTE, ÉCHARPE, GANTS, CHAUSSETTES, SOUS-VÊTEMENTS, ...). DES BASKETS, DES CHAUSSURES DE MARCHÉ, UN SAC POUR TON LINGE SALE.  
PENSE À TA LAMPE DE POCHE POUR LES JEUX DE NUIT!
- SI TU ES PLUS JEUNE: DEMANDE À TES PARENTS DE PRÉVOIR DES SACHETS SÉPARÉS CONTENANT UNE TENUE COMPLÈTE PAR JOUR (T-SHIRT, PANTALON, SOUS-VÊTEMENTS ET CHAUSSETTES) + 2 TENUES SUPPLÉMENTAIRES.  
IL EST ÉGALEMENT CONSEILLÉ DE MARQUER TON NOM SUR LES ÉTIQUETTES DES HABITS POUR ÊTRE SÛR DE RENTRER AVEC TOUTES AFFAIRES!
- ET AMÈNE TON PLUS BEAU SOURIRE!

PS: SI PAPA ET/OU MAMAN ONT UN GROS CHAGRIN, ILS PEUVENT CONTACTER LES RESPONSABLES AUX HEURES DE REPAS (12:30 OU 18:30), MAIS DIS-LEUR QUE TOUT VA BIEN SE PASSER!

LE FORMULAIRE EST À RENDRE À CHLOÉ PERSEO OU DANIEL MUZEMBE (RESPONSABLE INSCRIPTIONS) AVEC LA FICHE MÉDICALE EN ANNEXE.

PAR MAIL: [DANIMUZE@GMAIL.COM](mailto:DANIMUZE@GMAIL.COM) / [PERSEOCHLOE.1@GMAIL.COM](mailto:PERSEOCHLOE.1@GMAIL.COM)  
OU PAR VOIE POSTALE: CHAUSSEE DE LOUVAIN, 12, 1300 WAVRE

# Camp enfants 2026

DU LUNDI 16/02/2026 AU 20/02/2026



## Oser être soi-même

UNE ACTIVITÉ ORGANISÉE PAR L'ÉGLISE PROTESTANTE ÉVANGÉLIQUE DE SERAING-HAUT  
E.P.U.B DE SERAING-HAUT : RUE DU CHÊNE 384, 4100 SERAING

# Bienvenue à toi !

Envie de t'amuser et d'en apprendre plus sur la parole de Dieu ? Si tu as entre 6 et 11 ans, ce camp est fait pour toi !

NOUS SOMMES UNE BELLE ÉQUIPE COMPOSÉ DE PLUSIEURS PERSONNES :

ROBERT HAECK (DIRECTEUR) - 0499.91.34.91

DANIEL MUZEMBE (DIRECTEUR) - 0484.02.45.11

CHLOÉ PERSEO (SECRÉTAIRE, RESPONSABLE INSCRIPTIONS) - 0474.61.33.89



IL Y A ÉGALEMENT PLEIN DE MONITEURS, D'INTERVENANTS ET DE CUISTOTS PRÊTS À T'ACCUEILLIR.

Où ?

CAMP DES TAILLIS (RUE DU BOIS PIRARD, 127, 1332 GENVAL) DU LUNDI 16 FÉVRIER 2026 À 14H (VIENS

Quand ?

AVEC L'ESTOMAC BIEN REMPLI POUR DÉMARRER EN FORCE !)

AU VENDREDI 20 FÉVRIER 2026 À 14H.

90€ À VERSER SUR CE NUMÉRO DE COMPTE\* : BE 84 0001 3151 8559 EN PRÉCISANT :

« CAMP D'ENFANTS 2026 + NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT »\*\*

Prix ?



Scanne ce QR code pour  
partager ce formulaire  
à tous tes camarades !

\*CHERS PARENTS/TUTEURS, VEILLEZ À RÉGLER LA NOTE AVANT LA SEMAINE PRÉCÉDANT LE CAMP, POUR QUE NOUS PUISSONS ASSURER LE BON DÉROULEMENT DE CETTE RETRAITE. POSSIBILITÉ DE RÉDUCTION POUR FAMILLES NOMBREUSES. NOTONS TOUT DE MÊME QUE LE PRIX NE DOIT PAS REPRÉSENTER UN OBSTACLE.

\*\* VOUS POUVEZ VOUS PROCURER UNE ATTESTATION AUPRÈS DE VOTRE MUTUELLE AFIN DE BÉNÉFICIER D'UN REMBOURSEMENT PARTIEL. VEUILLEZ NOUS APPORTER LE DOCUMENT LORSQUE VOUS VENEZ DÉPOSER VOTRE ENFANT

Cher campeur, chère campeuse,  
dis-nous tout de toi ?

Qui es-tu ?

NOM : .....

PRÉNOM : .....

NÉ(E) LE : .....

Où habites-tu ?

ADRESSE : .....

Qui s'occupe de toi ? (parent/tuteur)

NOM, PRÉNOM : .....

TÉL. : .....

E-MAIL : .....

COMMENT COMPTES-TU NOUS RETOINDRE ? (CHOISIR PARMI LES OPTIONS SUIVANTES)

ALLER :

☐ EN VOITURE (AVEC \_\_\_ PLACE.S ÉVENTUELLEMENT DISPONIBLE.S)

☐ BESOIN D'UN TRANSPORT POUR VENIR

RETOUR :

☐ EN VOITURE (AVEC \_\_\_ PLACE.S ÉVENTUELLEMENT DISPONIBLE.S)

☐ BESOIN D'UN TRANSPORT POUR RENTRER

MENTIONS LÉGALES : (VEUILLEZ COCHER LA CASE)

☐ J'AUTORISE QUE DES IMAGES DE MES ENFANTS SOIENT PRISES ET DIFFUSÉES UNIQUEMENT DANS LE CADRE DU CAMP (PAGE FACEBOOK, GROUPE WHATSAPP ÉVENTUEL, ETC.)

Signature d'un parent :

... et la tienne aussi, si tu veux !

!! TALON À REMETTRE AU RESPONSABLE AVANT LE 5 FÉVRIER !!

# Fiche santé individuelle

A COMPLÉTER PAR LES PARENTS, REPRÉSENTANT LÉGAL OU MEMBRE MAJEUR AU DÉBUT DE CHAQUE ANNÉE, AVANT LE CAMP.

Collez votre vignette ici

CETTE FICHE A POUR OBJECTIF D'ÊTRE AU PLUS PRÈS DE VOTRE ENFANT/DE VOUS-MÊME EN CAS DE NÉCESSITÉ.

ELLE SERA APPUI POUR LES ANIMATEURS OU LE PERSONNEL SOIGNANT EN CAS DE BESOIN.

IL EST ESSENTIEL QUE LES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS FOURNISSEZ SOIENT COMPLETS, CORRECTS ET À JOUR AU MOMENT DES ACTIVITÉS CONCERNÉES.

N'HÉSITEZ PAS À AJOUTER DES INFORMATIONS ÉCRITES OU ORALES AUPRÈS DES ANIMATEURS SI CELA VOUS SEMBLE UTILE.

## Identité du participant/ de la participante

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
NÉ(E) LE : ..... NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL : .....  
ADRESSE : RUE ..... N° ..... BTE .....  
LOCALITÉ : ..... CP : ..... TÉL. / GSM : .....  
PAYS : ..... EMAIL : .....

## Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM ET PRÉNOM : .....  
.....  
LIEN DE PARENTÉ : .....  
TÉL. / GSM : .....  
EMAIL : .....  
REMARQUE(S) : .....  
.....

NOM ET PRÉNOM : .....  
.....  
LIEN DE PARENTÉ : .....  
TÉL. / GSM : .....  
EMAIL : .....  
REMARQUE(S) : .....  
.....

## Coordonnées du médecin traitant

NOM ET PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....  
TÉL. / GSM : .....

## Informations confidentielles concernant la santé du participant/de la participante

TAILLE : ..... POIDS : .....  
LE/LA PARTICIPANT. PEUT-IL/ELLE PRENDRE PART AUX ACTIVITÉS PROPOSÉES ? (SPORT, EXCURSIONS, JEUX, BAIGNADE...) OUI – NON  
.....

## Le/la participant.e souffre-t-il/elle (de manière permanente ou régulière) de :

<input type="checkbox"/> DIABÈTE	<input type="checkbox"/> MALDES TRANSPORTS	<input type="checkbox"/> AFFECTION CARDIAQUE	<input type="checkbox"/> HANDICAP MENTAL
<input type="checkbox"/> ASTHME	<input type="checkbox"/> RHUMATISME	<input type="checkbox"/> AFFECTION CUTANÉE	<input type="checkbox"/> HANDICAP MOTEUR
<input type="checkbox"/> ÉPILEPSIE	<input type="checkbox"/> ÉNURÉSIE NOCTURNE	<input type="checkbox"/> SOMNAMBULISME	<input type="checkbox"/> MAUX DE TÊTES/MIGRAINES

SI VOUS AVEZ COCHÉ UNE OU PLUSIEURS CASES, MERCI D'INDIQUER LA FRÉQUENCE, LA GRAVITÉ ET LES ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE POUR LES ÉVITER ET/OU Y RÉAGIR :

.....

.....

.....

## Le/la participant.e souffre-t-il/elle (de manière permanente ou régulière) d'allergies ou d'intolérances ?

ALLERGIES : .....  
.....  
INTOLÉRANCES : .....  
.....