

» CHARTRE DES PARENTS

ANNÉE 20 — 20
partie à conserver

Votre enfant est membre du groupe Scouts et Guides de Yerres et de Demain

Le scoutisme est un mouvement éducatif fondé sur le volontariat qui invite le jeune à prendre en main sa vie, à développer ses capacités physiques, intellectuelles, affectives, sociales et spirituelles, et à devenir un citoyen heureux, actif et utile.

Les activités sont animées par des bénévoles qui ont accepté de s'engager et de prendre de leur temps pour se former et permettre à votre enfant de vivre le scoutisme en toute sécurité, selon le projet éducatif de l'association et en accord avec les principes fondamentaux de l'Organisation Mondiale du Mouvement Scout.

La méthode scout comprend huit points :

- La Promesse et la Loi scout
- La progression personnelle
- Le soutien adulte
- La nature
- L'apprentissage par l'action
- Le système des équipes
- Le cadre symbolique
- L'engagement dans la communauté

Le scoutisme n'est donc pas une simple activité de loisir à consommer, mais un véritable engagement que le jeune prend, avec l'aide de sa famille, vis-à-vis de son unité et de lui-même.

Cette charte a pour vocation de définir le rôle des parents au sein du mouvement.

En votre qualité de parents, il est impératif que vous mesuriez l'importance éducative en validant votre attachement aux valeurs scout et à sa pédagogie.

» CHARTRE DES PARENTS

ANNÉE 20 – 20

à compléter et à retourner

Famille

.....

Parent ou responsable légal de

.....

unité

Adhère à la charte des parents :

PARENT DE SCOUT, J'AGIS EN PARTENARIAT AVEC LES CHEFTAINES, LES CHEFS ET LES MEMBRES DU GROUPE :

- ☐ J'informe, en toute confidentialité, le responsable de l'unité de mon enfant de toute information utile à connaître pour sa sécurité ou son développement (vaccination, allergie, difficultés particulières...).
- ☐ Je m'intéresse à la pédagogie de l'unité de mon enfant et je prends connaissance des projets en cours pour l'aider dans sa progression.
- ☐ Je soutiens mon enfant dans ses réalisations (déguisements, bricolages, projets...)
- ☐ Je contacte les chefs dès que j'ai une interrogation sur la vie de son unité ou sur ses activités. Pour cela je privilégie les canaux personnalisés (téléphone, mail d'unité, WhatsApp personnel).
- ☐ Je veille au paiement de la cotisation qui valide l'assurance Scouts et Guides de France.
- ☐ Je n'oublie pas de répondre aux messages que je reçois des chefs.
- ☐ Je prends le temps d'échanger avec les chefs encadrants en début et/ou fin de rencontre.

PARENT DE SCOUT, JE SUIS GARANT DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE MON ENFANT :

- ☐ Les encadrants du groupe sont bénévoles et investissent du temps pour les activités scouts, l'absence de mon enfant lors des rencontres est démotivante pour tous et nuit à la dynamique de l'unité dont il fait partie. Je veille donc à la participation de mon enfant à toutes les activités de l'unité et à sa ponctualité.
- ☐ Je lui explique qu'il fait partie d'une équipe qui compte sur lui pour mener à bien les projets entrepris.
- ☐ Je préviens à l'avance les chefs et cheftaines de ses absences ou de ses retards. Pour cela je privilégie les canaux personnalisés (téléphone, mail d'unité, WhatsApp personnel).
- ☐ Je veille à ce que mon enfant vienne en chemise et foulard et bas adapté (éviter short trop court, jogging...).
- ☐ Je sensibilise mon enfant sur son comportement qui doit être compatible avec une activité en groupe, avec respect vis-à-vis de ses camarades et des chefs encadrants.
- ☐ Je pourvois aux contributions de mon enfant, demandées par les chefs, concernant le goûter de l'unité ou les éventuelles activités manuelles.

PARENT DE SCOUT, JE REJOINS LA COMMUNAUTE DES PARENTS :

- ☐ Je suis la vie de l'unité où se trouve mon enfant en participant aux réunions de parents organisées par les chefs (au moins deux réunions par an dont une pour le camp).
- ☐ Je mets tout en œuvre pour participer aux temps forts de la vie scout de mon enfant.
- ☐ Je prends conscience de l'invitation qui m'est faite, dans la mesure de mes disponibilités, de participer à la vie du groupe : transports, entretien du matériel, mise à disposition du groupe de mes compétences spécifiques et au final prendre plaisir dans ces échanges.

Le scoutisme sera ce que nous en ferons tous ensemble.

Signature du (des) parent(s) ou du (des) responsable(s) légal(aux)



» AUTORISATION DE SORTIE D'UN ENFANT MINEUR EN FIN D'ACTIVITÉ

ANNÉE 20 – 20
à compléter et à retourner

Il est souhaitable que les parents soient présents en fin de rencontre pour récupérer leur enfant.
Néanmoins sans l'autorisation ci-dessous, les cheftaines et chefs ne laisseront pas votre enfant partir seul en fin de rencontre.

Si personne d'autorisé ne vient chercher l'enfant en fin de rencontre, passé un délai raisonnable et s'ils n'ont pas réussi à vous contacter, les cheftaines et chefs sont autorisés par la réglementation à déposer votre enfant aux autorités en attendant que vous le récupériez.

Enfant

Nom et Prénom :
Unité :

Date de naissance :

Est autorisé.e à rentrer seul.e après les activités OUI NON

Coordonnées des responsables de l'enfant

Nom et Prénom :

☎ : @ :

Nom et Prénom :

☎ : @ :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autres que ses parents)

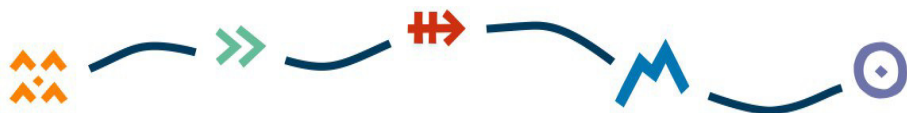
L'enfant ne sera remis qu'aux personnes indiquées ci-dessous.

Une pièce d'identité pourra être demandée lors de la récupération.

(si une autre personne récupère votre enfant merci de prévenir avant la rencontre)

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	☎

Signature du (des) parent(s) ou du (des) responsable(s) légal(aux)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ENFANT & ADULTE

Cette fiche sanitaire est avant tout un lien entre vous et le groupe pour accompagner au mieux chacun dans la vie du collectif et inclure chaque personne. Rapprochez-vous des responsables du groupe pour en discuter si vous aviez quelques réserves ou renseignements complémentaires.

Groupe : YERRES ET DEMAIN		Territoire : ESSONNE LEVANT		Année scolaire :	
Nom :				Poids :	
Prénom(s) :				Taille :	
Genre :		Téléphone :		Photo d'identité récente	
Date et lieu de naissance :					
Adresse postale		☐ Domicile parental ☐ Domicile famille élargie ☐ Autre :			
☐ L'adhérent est majeur et capable juridiquement ☐ L'adhérent est mineur / a des tuteurs légaux					

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Tuteurs légaux (noms & prénoms)	Lien de parenté	Téléphone 1	Téléphone 2
Autres personnes à contacter	Lien avec la personne	Téléphone 1	Téléphone 2

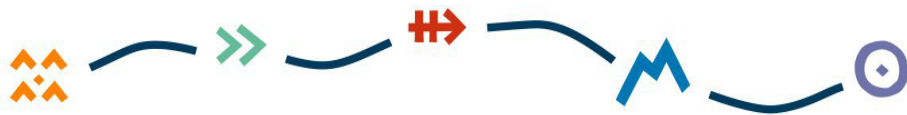
Nom et coordonnées du médecin traitant :

PROBLÈMES DE SANTÉ IMPORTANTS À SAVOIR

Hospitalisation / Opération / Maladie chronique / Entorse / Fracture / Douleur / Etc.	Dates

PRISE DE TRAITEMENT MÉDICAL

☐ Non | ☐ Oui, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. En cas de traitement régulier, merci de mettre en plus, les médicaments dans un pilulier, idéalement avec une photo de la personne dessus. **Préciser pour chaque traitement :** Traitement quotidien | Traitements d'appoint (ex : règles douloureuses) | Traitement de crise (ex : allergie)



Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

En cas de problème de santé au long cours il y a nécessité d'en parler avec l'assistant sanitaire et/ou les chefs et cheftaines pour accompagner au mieux votre enfant ou l'adulte concerné par cette fiche. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut s'avérer nécessaire être mis en place. Si un PAI a été établi à l'école, une copie peut être fournie, sinon un modèle SGDF est à votre disposition, sur le site de l'association : « **Ressources** ».

ALLERGIES ET RÉGIME ALIMENTAIRE

Régime alimentaire :

Allergies	Présence	Causes et conduite à tenir
Allergies alimentaires	Oui / Non	
Allergies aux animaux	Oui / Non	
Allergies aux pollens / acariens	Oui / Non	
Allergies de contact	Oui / Non	
Allergies médicamenteuses	Oui / Non	
Asthme	Oui / Non	

VACCINATIONS

Il est demandé de joindre une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées.

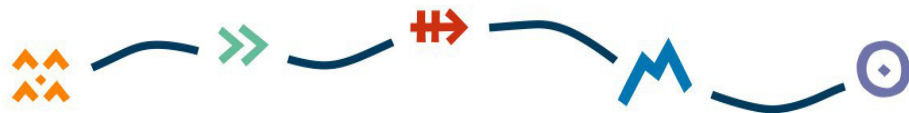
Maladie	Nom du vaccin (entourer le nom)				Date du dernier rappel
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)	Infanrix Hexyon	Pentavac	Repevax Boostrix	Revaxis	
Coqueluche					
Haemophilus influenzae					
Hépatite B		Engerix B Genhevac			
Maladie	Nom du vaccin (entourer le nom)			Nombre d'injections reçues	
Méningocoque C	Neisvac Meningitec				
Pneumocoque	Prevenar				
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	Priorix				
Tuberculose	BCG				
Autre	Hépatite A (Avaxim, Vaqta, Havrix)		Typhoïde (Typhim)	Fièvre jaune (Stamaril)	Rage (vaccin rabique)
Date					

Pour rappel, pour les personnes nées avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire. Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps médical d'estimer l'état de santé en cas de besoin.

Nom et fonction de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :

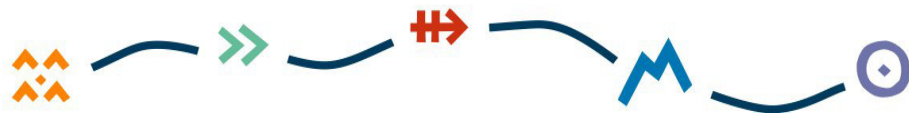
Date :

Signature :



Trouble / Handicap	Présence	Besoins et adaptations nécessaires
Difficultés à communiquer	Oui / Non	
Difficultés à s'exprimer	Oui / Non	
Difficultés d'endormissement / Réveils nocturnes	Oui / Non	
Fragilité osseuse ou articulaire	Oui / Non	
Handicap cognitif	Oui / Non	
Handicap mental ou déficience intellectuelle	Oui / Non	
Handicap physique ou moteur	Oui / Non	
Handicap sensoriel	Oui / Non	☐ Visuel ☐ Auditif ☐ Autre
Peur du noir / Cauchemars fréquents	Oui / Non	
Polyhandicap	Oui / Non	
Trouble de l'attention	Oui / Non	☐ Diagnostiqué ☐ Présumé
Trouble de l'humeur	Oui / Non	
Trouble du comportement alimentaire	Oui / Non	
Trouble du sommeil	Oui / Non	
Trouble dys-	Oui / Non	
Trouble neurodéveloppementaux (TSA, TDA/H)	Oui / Non	
Trouble neurologique	Oui / Non	

Éléments à prendre en compte	Présence	Précisions
Aisance aquatique	Oui / Non	☐ Peur de l'eau ☐ Sait nager ☐ Tests aquatiques obtenus
Autres dispositifs médicaux	Oui / Non	
Menstruations / Règles	Oui / Non	☐ Sait gérer ses protections seule ☐ A des douleurs associées
Mouille son lit	Oui / Non	
Port de lunettes ou de lentilles	Oui / Non	



Prothèses auditives	Oui / Non	
Prothèses dentaires / Appareil dentaire	Oui / Non	
Saignement de nez	Oui / Non	
Semelles orthopédiques	Oui / Non	

Autres informations sur l'état de santé physique et psychique. Suivi particulier :

Peur et phobies	Présence	Précisions
Animaux	Oui / Non	
Peur de l'eau	Oui / Non	
Peur du noir	Oui / Non	
Vertige	Oui / Non	
Autres :		

Pour l'année | Je soussigné,
responsable légal de l'enfant / adulte concerné par cette fiche, déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise le responsable du séjour et aux adultes accompagnants le séjour, à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
Date : Signature des responsables légaux ou de l'adulte concerné :

Coordonnées des responsables pendant le séjour /camp :

Pour le camp d'été | Je soussigné,
responsable légal de l'enfant / adulte concerné par cette fiche, déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise le responsable du séjour et aux adultes accompagnants le séjour, à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
Date : Signature des responsables légaux ou de l'adulte concerné :

Observations pendant le séjour / camp :