



TYPE DE FORMATION SOUHAITEE

- BAFA formation générale BAFD formation générale
 BAFA approfondissement BAFD perfectionnement
 BAFA qualification

Photo

Dates du stage :

Régime : Pension complète 1/2 pension Externat

Lieu :

Thème :

J'ai déjà effectué une formation BAFA et ou BAFD avec la FSCF : Oui Non

OBLIGATOIRE : N° d'inscription Jeunesse et Sport

(Obtenu après inscription en ligne sur www.bafa-bafd.gouv.fr)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

E-mail :

Date de naissance :

Je suis porteur d'un handicap : Oui Non

Notre référent handicap vous contactera lors de l'accusé réception de l'inscription.

Je suis membre d'une association FSCF : Oui Non

Numéro de licence :

Je suis membre d'une structure partenaire* : Oui Non

Nom de la structure :

Je bénéficie d'une prise en charge financière : Oui Non

Organisme : Montant : €

Je suis demandeur d'emploi, numéro d'identifiant OBLIGATOIRE :

.....

(*) contactez-nous pour savoir si vous faites partie d'une structure partenaire.

ALLERGIES OU RÉGIMES ALIMENTAIRES SPÉCIFIQUES :

Pour bénéficier d'un régime particulier, seule une prescription médicale écrite et émanant d'un professionnel de la santé sera considérée comme valide, et - jointe au dossier d'inscription -, permettra une adaptation des menus du stagiaire concerné.

ACCORDS ET AUTORISATIONS

À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DU STAGIAIRE MINEUR

Je soussigné(e) (père - mère - tuteur légal) :

accepte les conditions générales de vente et d'inscriptions* et autorise Mme / Mr :

- à s'inscrire au stage BAFA (type) se déroulant du / / au / / et à pratiquer toutes les activités prévues lors du stage ;
- à voyager seul(e) pour se rendre sur le lieu du stage et en revenir ;
- à voyager seul(e) en cas de renvoi décidé par le directeur de la session ;
- à être véhiculé(e) par la FSCF ;

AUTORISE TOUT MÉDECIN, LE CAS ÉCHÉANT :

- à prescrire de toute urgence tout traitement médical approprié ;
- à faire hospitaliser et pratiquer toute intervention chirurgicale, rendue nécessaire par l'état de santé du stagiaire. Dans ce cas, je m'engage à rembourser intégralement la FSCF des frais avancés ;

AUTORISE LA FÉDÉRATION SPORTIVE ET CULTURELLE DE FRANCE :

- à utiliser l'image du stagiaire à des fins de communication interne et externe, sur différents supports (plaquettes, sites internet institutionnels, affiches, flyers, clips, etc.) ;
- à utiliser les coordonnées du stagiaire pour le tenir informé d'actualités concernant l'animation (newsletters, offres d'emploi, etc.)

A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE MAJEUR

Je soussigné(e) :

accepte les conditions générales de vente et d'inscription* et autorise la Fédération Sportive et Culturelle de France :

- à utiliser mon image à des fins de communication interne et externe, sur de différents supports (plaquettes, site internet institutionnel, affiches, flyers, clips, etc.) ;
- à utiliser mes coordonnées pour me tenir informé(e) d'actualités concernant l'animation (newsletter, offres d'emploi, etc.)

*Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) ainsi que pour connaître les conditions générales de ventes et d'inscription (CGV), rendez-vous sur le site internet www.fscf.asso.fr/bafabafd.

Fait à :

le : / /

Signature

ADMINISTRATIF

Constitution du dossier (dossier à renvoyer complet)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription | <input type="checkbox"/> Photo | <input type="checkbox"/> Fiche « Accords et Autorisations » |
| <input type="checkbox"/> Paiement - acompte (150€) | <input type="checkbox"/> Paiement solde | <input type="checkbox"/> Photocopie pièce d'identité |