



# Formation B.A.F.A.

## Fiche d'Inscription

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

N° DE DOSSIER JS : \_\_\_\_\_

(Cf. : A obtenir sur [www.bafa-bafd.jeunes.gouv.fr/](http://www.bafa-bafd.jeunes.gouv.fr/))

ADRESSE : \_\_\_\_\_

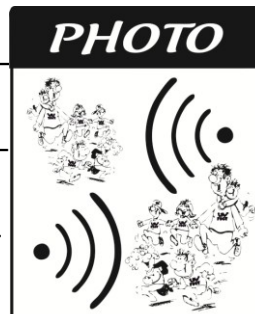
N° de TELEPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire spéciale : \_\_\_\_\_

Formation Générale  Formation Approfondissement

Date et lieu de la formation souhaitée : \_\_\_\_\_



Joindre le paiement de la formation  
Joindre une photocopie de l'attestation de SS et de Mutuelle

Une Photo

Une attestation de réussite de stage pratique pour les formations d'approfondissement et de qualification

Les inscriptions seront acceptées dans la limite des places disponibles par ordre de l'arrivée des dossiers dûment remplis.

Des photos et vidéos seront prises pendant la formation, merci d'informer le responsable de la formation par écrit en cas d'opposition.

Un mail confirmera votre inscription.

10 jours avant le stage vous recevrez par mail toutes les informations pratiques relatives au déroulement de votre stage.

Fédération Sportive et Gymnique du Travail  
Comité Régional – Secteur Formation

20 Avenue St Roch – B.P. 117 – 59302 VALENCIENNES CEDEX

tél. : 03.27.47.96.55 – Fax : 03.27.47.35.88 – Mail : [bafa-fsgt-npdc@orange.fr](mailto:bafa-fsgt-npdc@orange.fr)



# Formation B.A.F.A.

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, **M., Mme** \_\_\_\_\_

(mère, père, responsable légal de l'enfant) **autorise** :

- **Mon enfant** \_\_\_\_\_  
à participer au stage BAFA organisé par la F.S.G.T qui se déroulera  
du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**En cas d'accident**, le responsable du stage s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

**Contact** : \_\_\_\_\_

**Contact 2** : \_\_\_\_\_

J'autorise tout médecin responsable, le cas échéant, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Par ailleurs, je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite.

**Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance du responsable de stage ( allergies, traitements en cours, autres ...).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Joindre une photocopie de l'attestation de SS et de Mutuelle**

Mention manuscrite « **Lu et approuvé** »

Signature du responsable légal :



# Formation B.A.F.A.

## Fiche Sanitaire de Liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles en cas d'accident pendant votre formation et sera détruite à la fin de la formation.

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**Date de naissance :**

**Sexe :**

**Dates et lieu de la Formation :**

**VACCINATIONS :** (vous référer à votre carnet de santé ou à vos certificats de vaccinations).

Diphtérie	à jour : oui / non	date :
Hépatite B	à jour : oui / non	date :
Tétanos Rubéole-Oreillons-Rougeole	à jour : oui / non	date :
Poliomyélite Coqueluche	à jour : oui / non	date :
ou DT polio	à jour : oui / non	date :
ou Tétracoq	à jour : oui / non	date :
BCG	à jour : oui / non	date :
Autres (préciser)	à jour : oui / non	date :

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT :**

**Suivez-vous un traitement médical pendant la formation ?**      **oui / non**

Pensez à prendre une copie de votre ordonnance

**ALLERGIES ALIMENTAIRES: oui / non**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....

**ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES : oui / non**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....

**ASTHME :    oui / non**

**AUTRES**.....  
.....  
.....



# Formation B.A.F.A.

## Fiche Sanitaire de Liaison

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Personne à prévenir en cas d'hospitalisation ou tout autre raison jugée utile par la direction de la formation:

NOM .....  
PRÉNOM .....  
ADRESSE .....

.....  
.....  
.....

Téléphones fixe et portable :

Domicile : .....  
Travail : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné, ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par mon état de santé.

Date :

Signature :