

BAFA SESSION GENERALE

BULLETIN D'INSCRIPTION

A RETOURNER au siège de la FSGT HAUTS DE FRANCE - Secteur Formation
FSGT HDF, 20 Avenue ST ROCH – BP 10117 – 59302 VALENCIENNES CEDEX

N° Licence FSGT (facultatif) : Club d'appartenance (facultatif) :

Formation choisie :

Date et lieu de la formation souhaitée :

Internat

Externat

Demi-pension

Nom : Prénom(s) :

Fille Garçon né(e) le :/...../.....

Lieu de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Tél fixe : Tél mobile (obligatoire) :

Email (obligatoire) :@.....

Préciser si vous avez un régime alimentaire spécial :

Photo

OBLIGATOIRE indiquer votre numéro d'identifiant BAFA en ligne (A obtenir sur WWW.bafa-bafd.jeunes.gouv.fr)

Joindre au dossier : Un mail confirmera votre inscription.

- Le règlement de la formation
- 1 photos d'identité avec vos noms et prénoms au dos
- Une photocopie de votre attestation sécurité sociale et mutuelle
- Le CERFA sanitaire joint
- L'autorisation parentale renseignée et signée pour les mineurs



**Comité Régional
Hauts-de-France**

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

Des photos et vidéos à visée pédagogiques seront prises pendant la formation. Elles seront utilisées pour nos supports de communication sans contrepartie financière. Je suis informé(e) de ces dispositions et m'engage à informer le responsable de la formation par écrit en cas d'opposition.

Fait à : le :/...../..... Signature :

AUTORISATION PARENTALE

BAFA



**Comité Régional
Hauts-de-France**

Je soussigné, **M., Mme**

Mère Père Responsable légal **autorise :**

Mon enfant :

A 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 fera le maximum pour prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez préciser les coordonnées téléphoniques pour ces cas d'urgence.

Contact 1 :☎.....

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

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

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

Le : / / à :
Signature du responsable légal précédée de la mention «
Lu et approuvé »