BAFA APPROFONDISSEMENT OU QUALIFICATION

SESSION

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) : .....

Photo

☐ 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 : .....

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
- ☐ Photocopies des sessions VALIDÉES de formation « BAFA » : « session générale » et « stage pratique »

FSGT
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 :

ATTENTION
Aucune inscription ne sera garantie sans paiement.
Aucun abandon ne sera remboursé.
Tout désistement sera remboursé en totalité ; s'il est effectué au minimum 15 jours avant la formation.
Pour tout désistement à moins de 15 jours de la formation le remboursement se fera à hauteur du prix de la formation moins les frais de dossier d'un montant forfaitaire de 40 €.

AUTORISATION PARENTALE

BAFA

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 :

Comité Régional Hauts-de-France

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** »