

# BAFA - FICHE SANITAIRE

**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 : .....



**Comité Régional  
Hauts-de-France**

**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**.....  
.....  
.....

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 :



**Comité Régional  
Hauts-de-France**

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

# 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** »

# BAFA - CHARTE DE LA LAICITE



- ✓ De part ses valeurs d'éducation populaire, la FSGT adopte le principe d'ouverture des sessions à tous conformément à la loi. Cependant, il appartient à tous les stagiaires d'intégrer la session avec une attitude et une volonté en adéquation avec le cadre et les modalités de fonctionnement de la formation proposée.

Dans le cas contraire, nous serions, alors, dans l'obligation de les refuser.

- ✓ Conformément à la Loi, les signes religieux ostentatoires qui servent de supports au prosélytisme n'ont pas leur place dans nos formations. Ils ne sont pas compatibles avec la formation BAFA car ils n'invitent pas au dialogue. Ils forment un obstacle qui empêche l'atteinte des objectifs de formation :

L'acceptation d'un signe distinctif religieux non ostentatoire ne présente pas de difficulté à partir du moment où :

- Il ne gêne ni la communication, ni l'intégration dans un groupe. Un signe distinctif est ce qui nous différencie des autres dans un groupe et nous aide à nous positionner dans la société. Il n'est pas l'objet de prosélytisme\* pour le stagiaire. \*zèle déployé pour attirer de nouveaux adeptes, pour propager une doctrine

- Il n'empêche pas l'implication au même titre que les autres stagiaires dans tous les temps de la formation.

Notons que le repas est un temps de formation et par conséquent un moment commun partagé, à table, en présence de tous les stagiaires et il ne sera pas proposé de régime alimentaire particulier (sauf en cas de directives médicales).

Toutes les pratiques sportives inhérentes à la fonction d'animateur doivent être pratiquées par tous et toutes avec acceptation de la mixité (piscine, équipes mixtes, se tenir la main pour faire la ronde, etc...)

- Il n'entrave pas le bon fonctionnement du stage pour l'ensemble des stagiaires (rythme, contenu, interaction).

Le rythme d'un stage BAFA est soutenu. Le stagiaire doit assumer intellectuellement et physiquement le stage dans sa globalité. Aucun aménagement ne sera accordé pour des pratiques de culte.

- Il respecte les valeurs de la République notamment l'égalité Homme-Femme.

Je soussigné ..... déclare avoir lu et approuvé le texte ci-dessus

Signature



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