

**Dossier à renvoyer à :**

Maison des Sports  
Comité Départemental FSCF de l'Yonne  
10 Avenue du 4ème Régiment d'Infanterie  
BP 11 - 89010 AUXERRE CEDEX

**TYPE DE FORMATION SOUHAITEE**

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

Photo

Dates du stage : .....

Régime :       Pension complète       Externat

Lieu : .....

Thème : .....

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

**OBLIGATOIRE : N° d'inscription Jeunesse et Sport**  
(Obtenu après inscription en ligne sur [www.bafa-bafd.gouv.fr](http://www.bafa-bafd.gouv.fr))

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU STAGIAIRE**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

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) : Nom.....Prénom.....

E-mail : ..... Tel : .....

accepte les conditions générales de vente\* 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.)

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE MAJEUR

Je soussigné(e) : .....

accepte les conditions générales de vente\* 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 (CGV), rendez-vous sur le site internet [www.fscf.asso.fr/bafabafd](http://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 (160€) | <input type="checkbox"/> Paiement solde | <input type="checkbox"/> Photocopie pièce d'identité        |

# AUTORISATION DE TRANSPORT

## Autorisation parentale de transport

Je soussigné(e) : .....

Père / Mère / Responsable légal de : .....

Autorise mon fils, ma fille à effectuer les trajets liés à la Formation BAFA, dans tout véhicule, qu'il soit conduit par une personne opérant à titre bénévole ou au titre de transporteur professionnel.

De ce fait et dans le cas où je ne serais pas joignable, j'autorise :

.....  
à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Fait à :

Date :

Signature :

Signature précédée de la mention  
manuscrite 'Lu et approuvé'

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Document confidentiel

Joindre obligatoirement la  
copie du carnet de vaccination;

NOM DU STAGIAIRE : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

GENRE : M  F

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant le stagiaire (l'arrêté du 20 Février 2003 relatif au suivi sanitaire en séjour de vacances, en accueil de loisirs et en formation BAFA).

### 1) VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphétrie			Coqueluche	
Tétanos			Haemophilus	
Poliomyélite			Rubéole - Oreillons -Rougeole	
			Hépatite B	
			Pneumocoque	
			BCG	
			Autres (préciser)	

SI LE STAGIAIRE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRE, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGIAIRE

Poids : \_\_\_\_\_ kg ; Taille : \_\_\_\_\_ cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le stage ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**ALLERGIES :**

- Alimentaires :  Oui  Non
- Médicamenteuses :  Oui  Non
- Autres (animaux, plantes, pollen ..) :  Oui  Non

Précisez : \_\_\_\_\_

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

### Le stagiaire présente-t-il un problème de santé ? :

Si oui, préciser :

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

### 3) RECOMMANDATIONS UTILES

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement du stagiaire, difficultés de sommeil etc ...

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

### 4) RESPONSABLE(S) DU STAGIAIRE

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT  
PAR TOUS.**

Pour les mineurs ou personne à contacter en cas d'urgence pour les majeurs.

RESPONSABLE N°1: Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

TEL DOMICILE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TEL TRAVAIL : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TEL PORTABLE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

RESPONSABLE N°2: Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

TEL DOMICILE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TEL TRAVAIL : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TEL PORTABLE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

**NOM ET COORDONNÉES DU MEDECIN TRAITANT :** \_\_\_\_\_

- Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal du stagiaire,
- Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (pour les stagiaires majeurs), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
- J'autorise le responsable de la formation à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du stagiaire / mon état de santé.

DATE :

SIGNATURE :