

DOSSIER D'INSCRIPTION



OBTENIR VOTRE NUMÉRO D'INSCRIPTION

Allez sur le site : <https://bafa-bafd.jeunes.gouv.fr/baf-candidat/app/accueil>

Cliquer sur s'inscrire

Choisir formation BAFA : Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateurs en accueils collectifs de mineurs

Remplir le formulaire et valider

Dès que vous recevez votre numéro d'inscription, veuillez le noter sur ce dossier et conservez-le.

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES DOSSIER D'INSCRIPTION

Remplir le dossier d'inscription et la fiche sanitaire de liaison

Photocopie de la carte vitale recto verso

Photocopie carte d'identité recto verso

Pour le BAFA Approfondissement, fournir l'avis du stage pratique

LE STAGIAIRE

	NOM <input type="text"/>	PRÉNOMS <input type="text"/>
	DATE DE NAISSANCE <input type="text"/>	AGE <input type="text"/>
	LIEU DE NAISSANCE <input type="text"/>	N° DÉPARTEMENT <input type="text"/>
	ADRESSE POSTALE <input type="text"/>	
	CODE POSTAL <input type="text"/>	COMMUNE <input type="text"/>

ADRESSE MAIL

NUMÉRO D'INSCRIPTION

SITUATION PROFESSIONNELLE Etudiant(e) Lycen(ne) Sans emploi Autre

FORMATION SOUHAITÉE BAFA Base BAFA Approfondissement

DATE DE LA FORMATION SOUHAITÉE

LIEU DE LA FORMATION SOUHAITÉE

AUTORISEZ-VOUS LA FÉDÉRATION À UTILISER POUR SES SUPPORTS DE COMMUNICATION,

LES PHOTOS PRISES LORS DES STAGES SANS LIMITATION DE DURÉE ? Oui Non

DOSSIER D'INSCRIPTION



Pour les personnes mineures veuillez remplir l'autorisation parentale, ci-dessous.

Je soussigné(e) père, mère, représentant légal, autorise l'enfant à s'inscrire à un stage de formation BAFA et à pratiquer toutes les activités et déplacements de ce stage. J'autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Téléphone du représentant légal

Fait à Le

Signature précédée des mentions « lu et approuvé » et « bon pour autorisation parentale ».

PAIEMENT

Formation BASE **495.00 €**

Formation Approfondissement **395.00 €**

CHÈQUE

ESPÈCES

ÉCHÉANCIER

VIREMENT BANCAIRE

un RIB sera envoyé à la remise du dossier

Le contractant reconnaît avoir pris connaissance de la mention suivante : toute inscription est due.

FACTURATION

NOM PRÉNOMS

NOM DE LA STRUCTURE (FACULTATIF)

ADRESSE POSTALE

ADRESSE MAIL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



NOM PRÉNOMS

DATE DE NAISSANCE DATE ET LIEU DU STAGE

VACCINATION

Ci-dessous les vaccins obligatoires.

DIPHTÉRIE, DATE DU DERNIER RAPPEL

TÉTANOS, DATE DU DERNIER RAPPEL

POLIOMYÉLITE OU DT POLIO OU TÉTRACOQ, DATE DU DERNIER RAPPEL

BCG, DATE DU DERNIER RAPPEL

Ci-dessous les vaccins recommandés.

HÉPATITE B Oui Non ROR Oui Non COQUELUCHE Oui Non

PAPILLOMA VIRUS Oui Non AUTRE

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Le stagiaire suit-il un traitement médical pendant le stage ? OUI NON

Le stagiaire a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE

SCARLATINE COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

ALLERGIES

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

RECOMMANDATIONS UTILES

Précisez si vous portez des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...