

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 BAFD formation générale
 BAFA approfondissement BAFD perfectionnement
 BAFA qualification

Photo

Dates du stage :

Régime : Pension complète Externat

Lieu :

Thème :

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

OBLIGATOIRE : N° d'inscription Jeunesse et Sport
(Obtenu après inscription en ligne sur 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 :

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.

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 (150€) | <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 :

CALENDRIER DES FORMATIONS BAFA-BAFD 2023 / 2024

CALENDRIER DES FORMATIONS BAFA

ETAPE 1 : LA SESSION DE FORMATION GENERALE

DATES	LIEUX	TARIFS (PENSION COMPLETE)	TARIFS (EXTERNAT)
21/10 au 28/10/2023	Auxerre (89)	580 €	455 €
17/02 au 24/02/2024	Auxerre (89)	580 €	455 €
13/04 au 20/04/2024	Auxerre (89)	580 €	455 €
22/06 au 29/06/2024	Auxerre (89)	580 €	455 €
29/06 au 06/07/2024	Auxerre (89)	580 €	455 €
06/07 au 13/07/2024	Auxerre (89)	580 €	455 €
17/08 au 24/08/2024	Auxerre (89)	580 €	455 €
19/10 au 26/10/2024	Auxerre (89)	585 €	460 €



CONTACT :

Comité départemental FSCF Yonne
10 Avenue du 4^{ème} Régiment d'infanterie
BP 11 | 89010 Auxerre
T 03 86 72 11 27
animation@fscf-yonne.fr

CALENDRIER DES FORMATIONS BAFA-BAFD 2023 / 2024

CALENDRIER DES FORMATIONS BAFA

ETAPE 3 : LA SESSION D'APPROFONDISSEMENT (PARTIE 1)

DATES	THÈMES	LIEUX	TARIFS (PENSION COMPLETE)	TARIFS (EXTERNAT)
30/10 au 04/11/2023	• Petite enfance	Auxerre (89)	480 €	355 €
	• Jeux, contes et veillées			
	• Activités manuelles et/ou de récupération			
26/02 au 02/03/2024	• Pré-Ados / Ados	Auxerre (89)	480 €	355 €
	• Réalisation de projets			
	• Prévention des conduites à risques			
22/04 au 27/04/2024	• Les 7-11 ans	Auxerre (89)	480 €	355 €
	• Petits et grands jeux			
	• Énigmes et chasses aux trésors			



CONTACT :

Comité départemental FSCF Yonne
10 Avenue du 4^{ème} Régiment d'infanterie
BP 11 | 89010 Auxerre
T 03 86 72 11 27
animation@fscf-yonne.fr



CALENDRIER DES FORMATIONS BAF A

ETAPE 3 : LA SESSION D'APPROFONDISSEMENT (PARTIE 2)

DATES	THÈMES	LIEUX	TARIFS (PENSION COMPLETE)	TARIFS (EXTERNAT)
22/07 au 27/07/2024	• Petite enfance	Auxerre (89)	480 €	355 €
	• Jeux, contes et veillées			
	• Journées et séjours à thème			
19/08 au 24/08/2024	• Pré-ados / Ados	Auxerre (89)	480 €	355 €
	• Activités accessoires et séjours de vacances			
	• Randonnées pédestres et à vélo.			
28/10 au 02/11/2024	• Les 7-11 ans	Auxerre (89)	485 €	360 €
	• Jeux sportifs			
	• Journées et séjours à thèmes			

CONTACT :