

1. Compléter toutes les rubriques en **MAJUSCULES**; 2. Dater et signer; 3. Envoyer le bulletin d'inscription avec le règlement demandé; 4. L'envoi des informations pratiques permettant de finaliser l'inscription est conditionné à la réception de ce bulletin dûment complété et du 1er règlement.

LA FORMATION

Date de début	Date de fin	Type de stage	Option	Lieu	Thématique
01/11/2021	06/11/2021	Approfondissement	Demi-pension uniquement	Groupe Scolaire DOMMARY BARONCOURT	Jeux de plein air, sportifs et d'intérieur

LE PARTICIPANT

NOM : PRÉNOM : TEL :/...../...../...../.....
 ADRESSE :
 CODE POSTAL : VILLE :
 SEXE : F M NÉ(E) LE :/...../..... À :
 N° D'INSCRIPTION DDCS* : (*Obligatoire pour s'inscrire à une formation d'approfondissement)
 E-MAIL ** : (** indispensable pour recevoir la convocation)

SI PARTICIPANT MINEUR : LE RESPONSABLE LÉGAL

NOM : PRÉNOM : TEL :/...../...../...../.....
 E-MAIL ** : (** indispensable pour recevoir la convocation)

PARCOURS

FORMATION GÉNÉRALE EFFECTUÉE :
 DU :/...../..... AU :/...../..... LIEU : ORGANISME :
 STAGE PRATIQUE N°1 :
 DU :/...../..... AU :/...../..... LIEU : ORGANISME :
 STAGE PRATIQUE N°2 : (à compléter uniquement si vous avez réalisé votre stage pratique en 2 fois)
 DU :/...../..... AU :/...../..... LIEU : ORGANISME :

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

NOM(S) DU (DES) FINANCEUR(S) :

 ADRESSE DE FACTURATION
 (si différente de celle du participant au stage BAFA)

 TEL :/...../...../...../..... E-MAIL :

RÈGLEMENT DE LA FORMATION

**RÈGLEMENT DU PRIX DU BAFA : 320€ POUR LA DEMI-PENSION
 À VERSER DIRECTEMENT À LA CODECOM**

Voir modalités de règlement avec la communauté de communes de Damvillers-Spincourt
 Tél : 03 29 85 39 47 du lundi au jeudi
 mail : beatrice.clement@damvillers-spincourt.fr



Bulletin et règlement à envoyer à l'adresse suivante :
Communauté de communes de Damvillers-Spincourt
3, place Louis Bertrand
55230 SPINCOURT

Je soussigné(e) (NOM PRENOM) : agissant tant pour moi même que pour le compte de la personne inscrite, adhère à l'association. Cette adhésion est de zéro euros (0€).

Fait à : Le :/...../.....

SIGNATURE OBLIGATOIRE
 (du participant majeur - le cas échéant : de son responsable légal)

BAFA/D



Coller ici
la photo
d'identité
du stagiaire.

DEMANDE DE CESSION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné (si majeur indiquer votre nom - si mineur indiquer le nom du responsable légal):

Demeurant au

Responsable légal de :

Autorise l'Association Aroéven de Lorraine, domiciliée au 28 rue de Saurupt 54000 NANCY et représentée par son Président Gilbert GUEUSQUIN

A capturer, stocker, utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des supports fixant l'image ou la voix de mon enfant mineur/moi-même (nom mentionné ci-dessus) réalisés lors de la formation :

- générale d'approfondissement de qualification de perfectionnement
- BAFA BAFD

durant la période du : / / 20..... au / / 20.....

lieu de la formation :

J'autorise également à exploiter ces supports, en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique ou d'exploitation commerciale à destination de ses bénéficiaires.

Conformément à la réglementation générale à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant qui seront conservées pendant ans (maximum 3 ans). Pour exercer ce droit, adressez-vous à : Marion Barbier, chargée de communication à l'Aroéven de Lorraine (m.barbier@aroeven.fr)

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants pour lesquels l'accord est demandé :

- Publication dans une revue, ouvrage ou journal OUI NON
- Présentation au public lors d'expositions OUI NON
- Illustration des sites Aroéven OUI NON
- Réseaux sociaux de l'association OUI NON
- Affiches BAFA/D OUI NON

Dans le cas où aucune de ces cases n'est cochée ou si ce document ne nous est pas retourné, l'Aroéven considérera que le consentement est refusé.

Fait à le / / 20..... en deux exemplaires

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations). Pas de photocopie.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (précisez)	
ou Tétracoq					
BCG					

SI LE STAGIAIRE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES : JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA VIE EN COLLECTIVITÉ. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE STAGIAIRE.

Joindre impérativement une **ordonnance à jour** et les **médicaments dans leur emballage d'origine** si votre fils, fille, suit un traitement médical.

A titre indicatif : **LE STAGIAIRE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRE :

ALLERGIES :

ASTHME : OUI NON

MÉDICAMENTEUSES * : OUI NON

ALIMENTAIRES * : OUI NON

AUTRES :

* si OUI précisez :

DIFFICULTÉS DE SANTÉ :

INDIQUEZ ICI TOUTE DIFFICULTÉ DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

Le stagiaire porte-t-il :

Des lentilles de contact : OUI NON

Des protèses auditives : OUI NON

Des protèses ou un appareil dentaire : OUI NON

4 - AUTORISATIONS (si stagiaire mineur)

J'autorise mon fils, ma fille, à participer aux activités physiques et sportives : OUI NON

J'autorise mon fils, ma fille, à participer aux baignades surveillées : OUI NON

Autorisation de transport en véhicule et/ou car de location : OUI NON

5 - RESPONSABLE DU STAGIAIRE EN CAS D'URGENCE

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (OU PORTABLE) : TEL BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT(facultatif) :

Je soussigné(e), responsable légal du stagiaire, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe de formation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon fils, de ma fille, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.



CHARTRE DU FUTUR ANIMATEUR

Tu as choisi de t'inscrire à une formation BAFA organisée par l'Aroeven et en partenariat avec la Codecom de Damvillers Spincourt dans le but de vivre une expérience saine, agréable et enrichissante.

La formation BAFA est un acte citoyen où tu vas vivre en groupe, sous la responsabilité de personnels qualifiés.

Afin de développer cette citoyenneté et bien vivre ensemble, tu auras donc des DROITS (émettre un avis, faire des propositions, être respecté...) et des DEVOIRS, respect d'un ensemble de règles portant sur :

- > la législation (interdiction de fumer, de consommer des alcools et des stupéfiants, non mixité en hébergement...),
- > la sécurité (respect des consignes, du matériel, des locaux, des personnels...),
- > la vie collective (respect des horaires, des participants, des lieux...),
- > la vie quotidienne (participation active aux tâches liées au bon déroulement de la formation),
- > les activités (investissement dans les diverses propositions et dans leur mise en œuvre).

Toutes conduites qui mettraient en péril le bon fonctionnement du groupe (non respect des règles, violences verbales ou physiques, atteinte à la sécurité d'autrui, conduites à risques, vol, usage de produits illicites...) remettraient en cause ce contrat, ce qui pourrait entraîner des mesures adaptées pouvant aller jusqu'au renvoi ainsi qu'à la nullité de la formation sans remboursement possible.

Nous comptons sur ta collaboration et sommes prêts à recevoir toutes propositions allant dans le sens d'une meilleure qualité de la vie collective et d'une amélioration de la formation. Le simple paiement à cette formation, ainsi que ta participation, ne garantit en rien l'obtention du stage.

J'ai bien pris connaissance de cette charte et m'engage à la respecter.

Nom et prénom du participant :

Dates de la formation : du au

Lieu de la formation :

Fait à : Le :

Signature du participant :
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

Signature du financeur :
(précédée de la mention «lu et approuvé»)