

@roBase	Jeunesse et Sports	Stage Pratique	Convocation

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
30/10/2023	04/11/2023	Approfondissement	Demi-Pension uniquement	Groupe scolaire DOMMARY BARONCOURT	<input type="checkbox"/> Veillées - Grands Jeux <input type="checkbox"/> Animation théâtrale

## 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 : 350,00€**

À VERSER DIRECTEMENT À LA Communauté de Communes

Voir modalités de règlement avec la communauté de communes de Damvillers-Spincourt

Tél : 06.77.21.18.47

Modalités d'accès : Avoir renseigné et renvoyé ce dossier complet au plus tard 72h ouvrées avant le début de la formation. Bulletin et règlement à envoyer à l'adresse suivante

Communauté de communes de Damvillers-Spincourt

3, place Louis Bertrand

55230 SPINCOURT

ou à l'Aroéven de Lorraine - 28 rue de Saurupt - 54000 NANCY



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 : ...../...../.....

Nos formations sont accessibles aux PMR. Des sessions spécifiques sont également accessibles aux publics sourds et malentendants. Pour tout autre handicap ou difficulté contacter à l'inscription l'AROEVEN de Lorraine : aroeven.lorraine@aroeven.fr

Je reconnais avoir consulté et accepté les conditions générales d'inscription disponibles sur le lien suivant : [www.aroeven-lorraine.fr/conditions-generales-de-vente](http://www.aroeven-lorraine.fr/conditions-generales-de-vente)

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**

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



## CHARTRE DU FUTUR ANIMATEUR

Tu as choisi de t'inscrire à une formation BAFA organisée par l'Aroéven 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»)

# 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	
<b>ou</b> DT Polio				Autres (précisez)	
<b>ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI LE.LA 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 le.la stagiaire, suit un traitement médical.

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

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

**ALLERGIES :**

ASTHME : OUI  NON

MÉDICAMENTEUSES : OUI  NON

PRÉCISIONS : .....

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ :**

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

**3 - RENSEIGNEMENTS ALIMENTAIRES (à renseigner obligatoirement pour inscriptions en formule DP ou INT)**

REGIME ALIMENTAIRE : .....

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI  NON  si OUI précisez : .....

**4 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)**

Le.la stagiaire porte-t-il.elle :

Des lentilles de contact : OUI  NON

Des prothèses auditives : OUI  NON

Des prothèses ou un appareil dentaire : OUI  NON

**5 - AUTORISATIONS PARENTALES (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

**6 - 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.

**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 Jean-Michel BERGÉ

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 l'Aroéven de Lorraine (aroeven.lorraine@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 :