

FICHE D'INSCRIPTION

À retourner à la fédération de votre département ou à l'URFOL.

Possibilité de s'inscrire en ligne sur :

WWW.BAFA-URFOL-AURA.ORG

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

la ligue de l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

- ▶ Nom : _____ Prénom : _____
- ▶ Sexe : M F
- ▶ Date et lieu de naissance : _____
- ▶ Adresse : _____
- ▶ Code postal : _____ Commune : _____
- ▶ Tél. fixe : _____ Tél portable : _____
- ▶ Mail (en MAJ) : _____
- ▶ Nom et tél. du contact en cas d'urgence : _____
- ▶ N° allocataire CAF (si vous en avez un) : _____
- ▶ Adresse du centre CAF (ou MSA) : _____

N° IDENTIFIANT BAFA/BAFD OBLIGATOIRE

- ▶ Après inscription sur le site www.bafa-bafd.gouv.fr : _____

CHOIX DU STAGE

- BAFA Formation générale BAFA Qualification BAFA approfondissement
- BAFD Formation générale BAFD Perfectionnement

Dates : _____ Lieu / Thème : _____

Second choix au cas où nous ne pourrions satisfaire votre demande

Dates : _____ Lieu / Thème : _____

- En cochant cette case, j'autorise l'URFOL à traiter mes données dans le cadre d'une inscription aux stages BAFA, BAFD.

Partie réservée à la fédération

Partie réservée à l'URFOL AURA

SITUATION

- Lycéen(ne) Étudiant(e) Sans emploi Autre : _____
 Volontaire en service civique

FINANCEMENT

- ▶ Avez-vous une aide financière (autre que la CAF) ? Oui Non

Si oui, de quel organisme ? _____

Joindre une attestation de prise en charge de l'organisme précisant le montant et l'adresse de facturation.

INFORMATION SANTÉ

- ▶ Pathologie particulière : _____
▶ Régime particulier : _____
▶ Contre-indication : _____
▶ Allergies : Oui Non Si oui, à quoi : _____
▶ Souhaitez-vous nous faire part d'un handicap ? _____

AUTORISATION PARENTALE POUR LES CANDIDATS MINEURS

Je soussigné(e) : _____

autorise mon fils, ma fille (Nom, Prénom) : _____

à participer à la session choisie. J'autorise également le directeur de la formation à engager les démarches nécessaires pour le (la) faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin.

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER

- ▶ J'autorise / je n'autorise pas (*) l'URFOL Auvergne-Rhône-Alpes à utiliser pour ses différents supports de communication toute photographie prise pendant les formations et sur lesquelles j'apparais, ou sur lesquelles mon enfant apparaît. (*Rayez la mention inutile)

COMMENT NOUS AVEZ-VOUS CONNUS ?

- Infos dans mon lycée / fac Ancien colon Ligue/UFOVAL Article de presse
 Internet Autre : _____
 J'accepte que mes coordonnées soient diffusées aux autres stagiaires, afin de s'organiser pour du covoiturage.

CONDITIONS GÉNÉRALES

- Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales sur le site internet : www.bafa-urfol-aura.org

L'acompte de 80€ sera retenu sauf si la candidature est annulée 3 semaines avant le début du stage ou jusqu'à la veille en cas de force majeure (par exemple : accident ou hospitalisation avec certificat médical). Tout stage commencé est dû en totalité.

Fait à _____ Le _____

Signature des parents ou du responsable
légal pour les candidats mineurs

Signature du candidat(e)