



Monsieur, Mademoiselle,

Vous allez participer à notre prochain stage BAFA.

Nous vous rappelons que vous devez impérativement vous inscrire par voie électronique sur le portail suivant :

www.jeunes.gouv.fr/bafa-bafd

Vous y trouverez tous les renseignements pour procéder à votre inscription. Ce procédé vous permettra un suivi en ligne de l'évolution de votre cursus de formation BAFA.

ATTENTION : un numéro d'identifiant vous sera donné, vous devrez impérativement le noter sur le bulletin d'inscription.

Nous vous souhaitons un bon stage et,
Nous vous prions de croire à l'assurance de nos sentiments très cordiaux.

LES COMPAGNONS

Association Nationale de Jeunesse et d'Education Populaire - Licence d'Etat - n° IM078100029 (immatriculation au registre des opérateurs de voyages et de séjours)

Téléphone : 01 39 73 41 41

E.mail : cjh@compagnons.asso.fr - Site INTERNET : www.compagnons.asso.fr

BUREAUX : 26, rue Jean Jaurès - 78100 - SAINT-GERMAIN EN LAYE

ADRESSE POSTALE : C.J.H. - BOÎTE POSTALE N° 60882 - 78108 SAINT-GERMAIN EN LAYE CEDEX



DOSSIER D'INSCRIPTION À UNE SESSION DE FORMATION B.A.F.A.

N° IDENTIFIANT JEUNESSE & SPORTS



PHOTO

ATTENTION, TOUT DOSSIER INCOMPLET VOUS SERA AUTOMATIQUEMENT RETOURNÉ.

Je désire m'inscrire à la formation (cocher la case) :

☐

FORMATION GÉNÉRALE : joindre 1 photo (mettre le nom au dos)

du _____ au _____

☐

FORMATION APPROFONDISSEMENT ⁽¹⁾ : joindre 1 photo (mettre le nom au dos)

du _____ au _____

Thème : _____

Informations concernant le participant

NOM ⁽²⁾ : _____ PRÉNOM(S) ⁽²⁾ : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Département ou Pays : _____

Adresse postale : ⁽²⁾ : _____ Téléphone : _____

_____ Portable : _____

_____ Mail ⁽²⁾ : _____ @ _____

Exercez-vous une activité salariée ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : Profession : _____

N°de sécurité sociale : _/_/_/_/_/_/_/_

Si NON : Études : _____

Autres : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ Téléphone : _____

Si Formation Approfondissement

Formation Générale effectuée : du _____ au _____ - Nom de l'organisme : _____

Stage(s) pratique(s) effectué(s) :

du _____ au _____ - Mention ⁽¹⁾ : _____ du _____ au _____ - Mention ⁽¹⁾ : _____

Organisme : _____ - Lieu : _____ Organisme : _____ - Lieu : _____

Tranche d'âges des enfants encadrés : _____ Tranche d'âges des enfants encadrés : _____

Autorisation parentale (candidats mineurs)

Je soussigné(e) : _____ autorise ma fille / mon fils _____

à pratiquer les activités du stage, à utiliser à sa guise (hors du centre, sous réserve de l'accord du directeur) les temps de repos, à voyager seul(e) dans le cas où, pour des raisons graves, il (elle) serait amené(e) à quitter prématurément la session de formation.

Autorise le directeur du centre à faire soigner la/le mineur(e) _____

et à faire pratiquer les interventions chirurgicales d'urgence, suivant les prescriptions du médecin.

Fait à : _____

Le : _____

Signature des responsables légaux :
(précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

Indispensable pour la validation de l'inscription

Je soussigné(e) _____ reconnais être informé(e) qu'en cas de départ anticipé du stage, quelle qu'en soit la raison, ou de session jugée « non satisfaisante », je ne pourrai prétendre à un quelconque remboursement. J'ai pris connaissance des conditions de déroulement des sessions de formation, d'inscription et de paiement.

Fait à : _____

Le : _____

Signature : parents si mineur(e), stagiaire si majeur(e),
précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

⁽¹⁾ Joindre une photocopie de la (ou les) attestation(s) de stage(s) pratique(s) validée(s) par la D.D.C.S. du lieu du stage.

⁽²⁾ Écrire en majuscules.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Stage :

☐ **FORMATION GÉNÉRALE**

Du ____/____ au ____/____/____

☐ **FORMATION APPROFONDISSEMENT**

REMPLISSEZ CETTE FICHE AVEC LE PLUS GRAND SOIN : ELLE EST INDISPENSABLE POUR UN BON SUIVI SANITAIRE.

Coordonnées

NOM stagiaire ⁽²⁾ : _____ PRÉNOM(S) ⁽²⁾ : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Personne à contacter en cas d'accident (Nom / Prénom / adresse) : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Personne à joindre en cas d'accident

NOM ⁽²⁾ : _____ PRÉNOM(S) ⁽²⁾ : _____

Adresse : _____

Vaccinations

Merci de fournir une copie du carnet de vaccinations.

Si le stagiaire n'est pas vacciné, merci d'en indiquer la raison : _____

Joindre le certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

☐ Anti-tétanique - date de la dernière injection : _____

☐ Autres - indiquer la nature et la date : _____

Maladies - Allergies

Le stagiaire a-t-il déjà eu :

☐ RUBÉOLE ☐ VARICELLE ☐ ANGINES ☐ RHUMATISME

☐ SCARLATINE ☐ OTITES ☐ COQUELUCHE ☐ ROUGEOLE

☐ OREILLONS ☐ CONVULSIONS ☐ Autres : _____

☐ ASTHME

☐ Allergies ALIMENTAIRES : _____ ☐ MEDICAMENTEUSES : _____

☐ Autres : _____

Interventions chirurgicales - Hospitalisations

Le stagiaire a-t-il déjà eu :

☐ APPENDICITE ☐ Autres opérations : _____

☐ RÉÉDUCATION : _____

☐ HOSPITALISATION (dates et motifs) : _____

Régime alimentaire - État de santé

Le stagiaire suit-il un traitement : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel : _____

Devra-t-il suivre un traitement pendant la session ? : ☐ OUI ☐ NON

Dans ce cas, le stagiaire remettra les médicaments et une photocopie de l'ordonnance au Directeur de stage au moment du départ.

Régime alimentaire : ☐ CLASSIQUE ☐ SANS PORC ☐ VÉGÉTARIEN (sans viande)

Ces renseignements sont strictement confidentiels.



ACCEPTATION DU RÈGLEMENT DES SESSIONS ORGANISÉES PAR LES COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX



Je soussigné(e) ☐ M. ☐ Mme : _____
☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur du stagiaire : _____

Adresse complète des parents : _____

Tél. domicile : _____
Tél. portable : Père : _____ Mère : _____

Certifie avoir pris connaissance du règlement figurant ci-dessous et déclare l'accepter :

- Le participant s'engage à respecter les règles générales fixées par l'équipe d'encadrement : horaires du réveil et du coucher, horaire et rythme des activités ; règles de vie à l'intérieur des locaux communs ; mixité non admise dans les lieux de sommeil, etc.
- Il s'engage à participer à la session de formation dans le bon respect de relations cordiales et conviviales, dont sont exclus toute attitude violente, tout langage insolent, vulgaire ou grossier, tant à l'égard des adultes que des autres participants.
- L'achat et/ou la consommation de boissons alcoolisées est strictement interdite, à l'intérieur du centre comme à l'extérieur.
- La détention et/ou la consommation de drogue, quelle qu'elle soit, est strictement interdite, à l'intérieur du centre comme à l'extérieur. La drogue que pourrait éventuellement détenir le participant sera immédiatement détruite.
- Le vol et/ou le vandalisme, la détérioration de matériel appartenant à l'association ou à un tiers quelconque, sont strictement intolérables. La réparation des dommages sera dûe par les parents ou par la (le) stagiaire majeur(e), aucune assurance n'acceptant de couvrir ces risques. Au cas où la victime du vol ou de l'acte de vandalisme porterait plainte auprès des autorités de police, Les Compagnons des Jours Heureux dégagent entièrement leur responsabilité et ne pourront se porter ni caution, ni garants.

En mon absence, je délègue tous pouvoirs pour l'accueil de mon fils ma fille, en cas de renvoi disciplinaire, à : *(donnez les coordonnées de votre correspondant en France, parent ou ami, en vous assurant qu'il/elle sera effectivement présent(e) à son domicile à la période de vacances concernée)*

☐ M. ☐ Mme : _____
Adresse complète : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Dans tous les cas, LES COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX me contacteront prioritairement pour l'organisation éventuelle du retour anticipé de mon enfant.

Fait à : _____ Le _____

SIGNATURE DES PARENTS (si stagiaire mineur)
précédée de la mention « Lu et approuvé,
bon pour accord »

SIGNATURE DU STAGIAIRE précédée de la mention
« Lu et approuvé, bon pour accord »