

N° session 1 : N° session 2 Reçu le :
N° Inscription : N° Stagiaire /...../.....

Fiche d'inscription 1/2

(1) Cocher la case correspondante (2) Écrire en CAPITAL

(1) Mme M. N° jeunes.gouv.fr :

(2) Nom de naissance :

(2) Nom marital :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays : Nationalité :

Téléphone fixe : Mobile :



Pour recevoir votre confirmation d'inscription, indiquez ci-dessous votre adresse e-mail

(2) Adresse e-mail :

(1) Sexe : F H Date de naissance : / /

Lieu : Département ou pays :

Situation : étudiant salarié autre (préciser)

(1) Possédez-vous le PSC1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1) OUI NON

JE M'INSCRIS À UNE FORMATION

BAFA

Formation générale Bafa

Dates :

Approfondissement Bafa Qualification Bafa

(photocopie de stage pratique obligatoire)

Dates :

Thème :

BAFD

Formation générale Bafd

Dates :

Perfectionnement Bafd

(photocopie de stage pratique obligatoire)

Dates :

LIEU :

Second choix, autres dates envisagées :

(1) Pension complète Demi-pension Externat

RÉGIMES ALIMENTAIRES / ALLERGIES

.....

.....

PIÈCES À FOURNIR • JE JOINS À MA FICHE D'INSCRIPTION

un chèque d'un montant de€

Approfondissement Bafa : mon certificat de stage pratique Bafd : une copie du Bafa, ou une dérogation

Qualification Bafa : pièces spécifiques à retrouver sur bafa.ufcv.fr

Fiche d'inscription 2/2

(1) Cocher la case correspondante (2) Écrire en CAPITALE

En cas de prise en charge de la session par une association, un organisme, une collectivité, faire remplir et signer ci-après

(2) Je soussigné-e Nom et Qualité :

Représentant le preneur en charge dont le nom et l'adresse sont :

atteste qu'il réglera à l'UFCV les frais de session de
(nom du ou de la stagiaire) :

(1) En totalité Partiellement

Soit : €

(1) Et demande à l'UFCV d'établir une convention de

Formation Professionnelle Continue : OUI NON

Nom de l'OPCA, si connu

Le complément, soit : € sera payé par le stagiaire.

AUTORISATION PARENTALE (POUR LES MINEURS)

(2) Je soussigné-e nom et prénom :

(1) en qualité de père mère tuteur légal

(2) **Autorise (nom et prénom) :**

à participer à une session de l'UFCV et à y pratiquer toutes les activités proposées.

J'autorise tout médecin responsable à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon fils ou ma fille, et m'engage à rembourser à l'UFCV les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes.

Fait à Le / / Signature :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom :

Téléphone fixe : Mobile :

CONSETEMENTS

(1) J'autorise à titre gracieux, l'UFCV à utiliser les photos et les vidéos réalisées dans le cadre de ma session et sur lesquelles j'apparais, pour une diffusion interne et/ou externe au sein des supports d'information et de promotion de ses activités.

OUI NON

(1) J'accepte de recevoir de la part de l'UFCV, des informations utiles dans le cadre de mon cursus dans l'animation (offres de stage, actualité, documentation...). OUI NON

(1) J'accepte que mes coordonnées soient transmises aux participants de la session pour permettre l'organisation de covoiturage ? OUI NON

INDISPENSABLE POUR LA VALIDATION DE L'INSCRIPTION

«J'ai pris connaissance des conditions de déroulement des sessions, ainsi que des conditions d'inscription et de paiement (page 12 et sur bafa.ufcv.fr), et je les accepte.»

(2) Nom et Prénom :

Fait à Le / / Signature :

Cachet du preneur
en charge :

Signature :

Fait à :

Le :

UFCV N° de tiers :

—

3

—