

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

# FICHE D'INSCRIPTION

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

(1) Mme M. N° J et S : .....

(2) Nom de naissance : .....

(2) Nom marital : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : ..... Nationalité : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

(1) Souhaitez-vous que vos coordonnées soient transmises aux participants de la session pour permettre l'organisation de covoiturage ? OUI NON

**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(e) / salarié / autres (préciser) .....

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

**Personne à contacter en cas d'urgence >** Nom et Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

**Pour toute inscription, consultez à la fin de la fiche la liste des pièces à fournir.**

## 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 :** .....

(1) Pension complète Demi-pension Externat

Régimes alimentaires / Allergies : .....

Second choix, autres dates envisagées : .....



**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 : **Cachet du preneur en charge** :

.....

.....

atteste qu'il règlera à l'Ufcv les frais de session de

(nom du 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.

**Signature** :

**Fait à** :

**Le** :

**Ufcv N° de tiers** :

.....

**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** :

**Droit à l'image**

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

**Pièces à fournir • Je joins à ma fiche d'inscription**

un chèque d'un montant de ..... €

mon certificat de stage pratique  une copie du Bafa (pour la formation Bafd) ou dérogation

**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, Prénom** : ..... **Signature** :

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....