

N° de Sécurité Sociale :

^②Adresse du centre de la Sécurité Sociale :

N° allocataire de la CAF :

^②Adresse du centre de la Caisse d'Allocation Familiales :

.....

Personne à contacter en cas d'urgence, NOM :

TÉLÉPHONE FIXE : MOBILE :

• **AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)**

^①Je soussigné/e père mère tuteur légal

^①Autorise mon fils ma fille

^②NOM ET PRÉNOM :

1 - à s'inscrire à une session de l'Ufcv et à pratiquer toutes les activités de cette session,

2 - à sortir seul et à voyager seul pour se rendre au lieu de session et en revenir,

3 - à voyager seul en cas de renvoi ou pour toute autre raison décidée par le directeur.

J'autorise tout médecin responsable, le cas échéant, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire pour l'état de santé de mon fils ou ma fille.

Dans ce cas, je m'engage à rembourser à l'Ufcv les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon fils ou ma fille.

Je prends bonne note qu'en cas de départ anticipé du stage pour une quelconque raison, il n'est fait, en principe, aucun remboursement des sommes versées.

Fait à, Signature :

Le,/...../.....

Vos coordonnées complètes seront transmises à l'ensemble des participants de la session pour permettre l'organisation éventuelle du **covoiturage**.

Cochez la case ci-contre si vous ne souhaitez pas que vos coordonnées soient transmises : NON

• **J'AI PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS DE DÉROULEMENT DES SESSIONS, AINSI QUE LES CONDITIONS D'INSCRIPTION ET DE PAIEMENT, et je les accepte.**

^②NOM, PRÉNOM :

Fait à, Signature :

Le,/...../.....

Informatique et libertés : Les informations communiquées sont indispensables à la prise en compte de votre demande : elles donnent lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi informatique et libertés ; sauf refus de votre part, vos noms, adresse et numéros de téléphone pourront être utilisés par l'Ufcv.

^①Cocher la case correspondante ^②Ecrire en capitales.

•^①**ÊTES-VOUS DÉJÀ ENGAGÉ DANS UN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS : OUI NON**

^②si oui, organisme : Pour quel poste :

• **À REMPLIR POUR INSCRIPTION Bafa (APPROFONDISSEMENT ou QUALIFICATION)**

Ma situation par rapport au Bafa :

ORGANISME	DÉPT.	DATES

J'ai déjà effectué :

- Session de formation
- Stage pratique 1
- Stage pratique 2 (si fractionné)
- Approfondissement/Qualification

Transmettre impérativement la photocopie du Certificat de Stage Pratique

• **À REMPLIR POUR INSCRIPTION BAFD**

Titulaire Bafa ou Dérogation de la DRJS Autorisation obtenue le,/...../..... (joindre photocopie)

Soyez attentif à la liste des pièces à fournir.

ORGANISME	DÉPT.	DATES

J'ai déjà effectué :

- Session de formation
- 1^{er} stage pratique
- Session de perfectionnement
- 2^e stage pratique

Autorisation d'exercer expire le,/...../.....

• **PRÉCISER VOS DEUX DERNIÈRES SITUATIONS D'ENCADREMENT D'ACM**

ORGANISME	TYPE DE CENTRE	LIEU	FONCTION	FONCTION

^①Cocher la case correspondante ^②Ecrire en capitales.