



À retourner à la fédération de votre département ou à l'URFOL.
Possibilité de s'inscrire en ligne sur :

WWW.BAFA-URFOL-AURA.ORG

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

- ▶ Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F Autre:
- ▶ 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 <https://bafa-bafd.jeunes.gouv.fr> _____

CHOIX DE LA FORMATION

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

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 formations 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 Si _____ Non
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 PHOTOGRAPHIER

- ▶ 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 du responsable
légal pour les candidats mineurs

Signature du candidat.e