



Bulletin individuel d'inscription au BAFA

Réservé à l'AROÉVEN

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------|
| BAFA Qualification | Date de début | Date de fin |
| En continu En discontinu | | |
| Demi-pension Externat | | |
| Thème : | Surveillance des baignades | |

| | |
|------------------------------|--|
| Date d'arrivée | |
| Dossier complet | |
| Profil DDCS | |
| Assurance Annulation | |
| Carte avantage jeune (copie) | |
| Aides (Drajes, ...) | |
| Paieement | |

LE STAGIAIRE : NOM : _____ Prénom : _____ Tel : _____
 E-mail : _____ Sexe : F M **N° d'inscription DDCS (obligatoire) :** _____
 Né(e) le : _____ à _____ Nationalité : _____
 Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____
 Etablissement scolaire fréquenté : _____ Classe : _____
 Régime alimentaire (pour organiser les commandes de repas) : _____

LE RESPONSABLE LÉGAL (si le participant est mineur) : Père Mère Tuteur légal Autre préciser
 NOM : _____ Prénom : _____ Tél. fixe : _____
 E-mail : _____ Portable : _____
 Adresse (si différente de celle du stagiaire) : _____ Code Postal : _____ Ville : _____

L'Aroeven vous propose une **Assurance Annulation** (voir les conditions en document joint ou sur notre site internet) :
 Je souscris à l'assurance annulation du montant total du stage () soit €
 Je ne souscris pas à l'assurance annulation

| TARIF DE LA SESSION DE FORMATION BAFA | | |
|---|--|----------|
| Réduction de € pour les | <i>Si vous êtes concerné noté "- 30 " dans la case</i> | € |
| Assurance Annulation (€) si souscrite | | € |
| Adhésion à l'association (montant 0 €) | | |
| Autre(s) aide(s) à déduire (Préciser : noter "-" devant le montant) | | € |
| Montant total à régler (possibilité de régler par chèque à l'ordre de l'Aroeven, en espèce, en chèque vacances...) | | € |

Prise en charge de la formation (collectivité, association, CE, CCAS, CAF...) **Nom du (des) financeur(s) :** _____

| | |
|--|---|
| Adresse de facturation <i>(si différente de celle du participant au stage BAFA)</i> | Adresse où seront envoyés les renseignements concernant le départ <i>(si différente de celle du participant au stage BAFA)</i> |
| Tel. | Tel. |

Paieement de la formation :

Je joins un chèque d'un montant de **100 €** et m'engage à régler le solde impérativement avant le : _____
 Je joins le montant total

Documents à fournir :

1 photo d'identité 1 justificatif de domicile 1 copie du 100m nage libre
 La copie de la pièce d'identité 1 copie de la validation du stage pratique 1 copie du PSC1

Conditions d'annulation / En cas de désistement ou d'annulation **du fait du jeune**, l'AROÉVEN retiendra **100 €** au titre des frais de dossier. remboursement ne sera consenti pour toute annulation 1 jour avant le début du stage et après le début du stage. Les demandes de report sur une autre session se traiteront au cas par cas par l'AROÉVEN.

En cas d'annulation de session **par l'AROÉVEN**, les stagiaires sont immédiatement informés, des reports seront proposés ou les familles remboursées.

Je soussigné(e) (NOM, Prénom) _____ agissant tant pour moi-même que pour le compte de la personne inscrite, **adhère à l'association** et certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'annulation figurant dans ce document et les accepte.

Fait à _____ le _____ (Signatures obligatoires)
 Le responsable légal si _____ le stagiaire : _____ Cachet établissement scolaire _____ L'AROÉVEN
 le stagiaire est mineur :

DEMANDE DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) :

Demeurant :

Responsable légal (si le stagiaire est mineur) de :

☛ **Autorise** L'association AROÉVEN Dijon-Bourgogne domiciliée 1 avenue du lac 21000 Dijon et représentée par sa Présidente Marie Christine BEGRAND.

À capturer, stocker, utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des supports fixant l'image ou la voix de mon enfant mineur (mentionné ci-dessus) réalisés à _____ durant la période du _____ à _____

J'autorise également à exploiter ces supports, en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique ou d'exploitation commerciale à destination de ses bénéficiaires.

☛ Conformément à la réglementation générale à la protection des données personnelles, **vous disposez d'un droit d'accès et de rectification** aux données vous concernant qui seront conservées pendant 3 ans. Pour exercer ce droit, adressez-vous à : MARCHAL Myriam Responsable BAFA

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants pour lesquels l'accord est demandé :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Publication dans une revue, ouvrage ou journal | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Présentation au public lors d'expositions | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Illustration des sites AROÉVEN | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Réseaux sociaux de l'association | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Chaîne Youtube | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Blog du séjour | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Dans le cas où aucune de ces cases n'est cochée ou si ce document ne nous est pas retourné, l'AROÉVEN considérera que le consentement est refusé.

Fait le : _____ à : _____ en deux exemplaires.

Signature

CASIER JUDICIAIRE

Je soussigné(e) _____ atteste ne pas être frappé par une incapacité pénale consécutive à une condamnation définitive pour un crime ou à 2 mois au moins d'emprisonnement sans sursis pour un des délits inscrits à l'article L.133-6 du code de l'action sociale et des familles (ex : atteint à l'intégrité, mise en péril des mineurs, agression sexuelle, abus de confiance, escroquerie, trafic de stupéfiants...) et ne pas faire l'objet d'une mesure administrative de suspension ou d'interdiction auprès des mineurs en application de l'article L.227-10 du même code. Cet article évoque une personne "qui présenterait des risques pour la santé et la sécurité physique ou morale des mineurs".

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

PHOTO

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | <u>VACCINS RECOMMANDÉS</u> | DATES |
|-----------------------------|------------|------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI LE STAGIAIRE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Joindre impérativement une **ordonnance** récente et les **médicaments** si votre fils, fille suit un traitement médical

A titre indicatif LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RHUMATISME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | AUTRES |

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES* oui non
ALIMENTAIRES* oui non AUTRES

*Si oui précisez :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

LE (LA) PARTICIPANT(E):

PORTE-T-IL (ELLE) DES LENTILLES : oui non
PORTE-T-IL (ELLE) DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non
PORTE-T-IL (ELLE) DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non
A UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : **oui non**
Si oui lequel :

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon fils, ma fille à participer aux activités physiques et sportives : oui non
J'autorise mon fils, ma fille à participer aux baignades surveillées : oui non
Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DU PARTICIPANT EN CAS D'URGENCE

NOM et PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

BUREAU :

Je soussignée, *responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe de formation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon fils, de ma fille. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*
Je l'autorise également à voyager seul(e) dans le cadre des activités ou à la demande du Directeur du stage

Date :

Signature :

