



BAFA BASE

Formation Théorique



Dossier d'inscription

du dimanche 20 octobre
au dimanche 27 octobre 2024

Tarif de la
formation
380 €

Comment s'inscrire ?

- 1/ Avoir 16 ans au plus tard le 1er jour du stage.
- 2/ Avoir fait les démarches sur <https://www.bafa-bafd.jeunes.gouv.fr/Zones/ZoneCandidat/InscriptionCandidat.aspx> et obtenu un numéro d'identifiant.

Vous notez votre numéro d'identifiant BAFA ici :

. -

- 3/ Faites vos demandes d'aides financières (voir page 8)
- 4/ Remplissez ce dossier et transmettez-le à la FSGT94

Dossier **complet** à transmettre :

AVANT LE 10 Octobre 2024

Au Comité FSGT Val de Marne

115 Avenue Maurice Thorez - 94200 Ivry-sur-Seine

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

Fiche de renseignements Stagiaire

A transmettre à la FSGT94 **au plus tard le 10 Octobre 2024**

NOM :

Prénom :

Féminin Masculin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél fixe :

Tél mobile (**obligatoire**) :

Email (**obligatoire**) :

La formation sera en demi-pension (déjeuners prévus dans la formation), précisez :

1/ Vos Allergie(s) (y compris alimentaire) : OUI, laquelle :

NON

Sport pratiqué : OUI, lequel :

NON

N° Licence FSGT (facultatif) :

Club d'appartenance (facultatif) :

Personne à prévenir en cas d'urgence (**Obligatoire**) :

NOM et prénom :

Numéro de téléphone :

Email :

Des photos et vidéos à visée pédagogiques seront prises pendant la formation. Elles seront utilisées pour nos supports de communication sans contrepartie financière. Je suis informé(e) de ces dispositions et m'engage à informer le responsable de la formation par écrit en cas d'opposition.

Fait à :

le :

/

/

Signature

Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT au dossier d'inscription

- 1 photo d'identité avec vos noms et prénoms au dos
- La fiche de renseignements Stagiaire
- 3 timbres au tarif lettre verte à 1,16€ le timbre
- Certificat médical OU [questionnaire de santé](#) FSGT
- Une photocopie de la carte d'identité recto / verso
- L'autorisation parentale, pour les mineurs (page 4)
- La fiche sanitaire de liaison, pour les mineurs (pages 6 et 7)
- L'Accord stagiaire Protocole Sanitaire (rempli et signé) (page 5)
- Le règlement financier (chèque ou espèces) :
 - 130 euros : encaissé avant le 1^{er} jour du stage
 - + 150 euros (montant restitué le 1^{er} de la formation **SI** une demande de bourse a été effectuée auprès du SMJ de Vitry-sur-Seine)
 - + 100 euros (montant restitué le 1^{er} jour de la formation **SI** une demande de bourse a été effectuée auprès du Conseil Départemental du Val de Marne) – **VOIR Page 8**

INFORMATIONS ET RENSEIGNEMENTS :

FSGT94 - 01 49 87 08 50

bafa@fsgt94.org

Dans le cadre des mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19, des adaptations sont mises en place pour la tenue des formations BAFA. Les stagiaires inscrits dans une session BAFA dans cette période doivent prendre connaissance de ces mesures avant le début de la session BAFA dans laquelle ils sont inscrits et retourner le présent document signé à l'organisme de formation.

Nom :

Prénom(s) :

Date et lieu de la formation :

Je m'engage à respecter :

- Les consignes impérativement, notamment la distance d'un mètre minimum si nécessaire ;
- Les horaires et consignes données par les formateurs ;
- La nécessité d'apporter mon propre petit matériel (stylo, carnet ...) et l'interdiction du prêt de matériel entre stagiaires ;
- Le port du masque si demandé avant l'entrée dans la salle d'accueil de la session concernée, et le lavage des mains ;
- Les conditions d'organisation de la collecte des déchets afin de respecter les mesures sanitaires
- Le protocole prévu par l'organisme de formation sur les consignes à respecter en cas de suspicion de contamination. En cas d'un contact direct (partage le même lieu de vie, face à face à moins d'1 mètre pendant plus de 15 minutes sans moyens de protection) avec une personne contaminée. En cas de manifestation de symptômes de Covid-19 en dehors du lieu de la formation. En cas de manifestation de symptômes de Covid-19 sur le lieu de la formation.

Date :/...../2024

Signature du stagiaire suivi de la mention « Lu et approuvé » :

AUTORISATION PARENTALE pour les mineurs

Je soussigné(e), M., Mme (NOM et Prénom) :

Mère Père Responsable légal autorise :

Mon enfant (NOM et Prénom de l'enfant) :

A participer au stage BAFA BASE organisé par la F.S.G.T qui se déroulera :

Du : au à Vitry-sur-Seine/Ivry-sur-Seine.

En cas d'accident, le responsable du stage fera le maximum pour prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez préciser les coordonnées téléphoniques pour ces cas d'urgence.

Contact 1 : 

Contact 2 : 

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 par l'état de santé de mon enfant.

Par ailleurs, je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite. Joindre une photocopie de l'attestation de SS et de Mutuelle

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance du responsable de stage (allergies, traitements en cours, autre)

.....
.....
.....
.....

Le :.../.../.....à :.....

Signature du responsable légal précédée de la mention
« Lu et approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------	---

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

DEMARCHES A FAIRE POUR LES AIDES FINANCIERES – Pour les moins de 26 ans
AVANT le 10 Octobre 2024

C'est vous qui faites ces demandes ! Passée cette date vous ne pourrez plus bénéficier des bourses et devrez payer la totalité du stage Bafa.

- ① 100 € - Au Conseil Départemental du Val de Marne : <https://bafastagiaire.valdemarne.fr>
- ② 150 € - Si vous habitez à Vitry sur Seine, Au Service Municipal de la Jeunesse (SMJ) de Vitry-sur-Seine., faites la demande de bourse sur ce lien : <https://mesdemarches.mairie-vitry94.fr/jeunesse-cap-bafa/> (Renseignements : cecile.perin@mairie-vitry94.fr / 01.55.53.21.40 / 2 place Saint-Just - 94400 Vitry-sur-Seine).
- ③ Dispositif d'aide aux animateurs FSGT bénévoles de l'ES Vitry. Demande à effectuer auprès de Guillaume au siège du Club de l'ESV (01.46.80.81.53)
- ④ CAF du Val de Marne. Demande à effectuer après le stage. Le formulaire vous sera remis lors de votre stage BAFA. Quel que soit l'âge du stagiaire et sans condition de ressources.

Exemple TARIF du stage - Si vous avez fait les demandes de bourses

Coût TOTAL du stage Bafa	380,00 €
Versement stagiaire	-130,00 €
① BOURSE du Département 94	-100,00 €
② BOURSE du SMJ	-150,00 €
Coût pour le stagiaire	130,00 €

Exemple TARIF du stage - Si vous avez fait les demandes de bourses et que vous êtes bénévole à l'ES Vitry

Coût TOTAL du stage Bafa	380,00 €
Versement stagiaire	-130,00 €
① BOURSE du Département 94	-100,00 €
② BOURSE du SMJ	-150,00 €
Aide de l'ES Vitry	-50,00 €
Aide de la FSGT94	-50,00 €
Coût pour le stagiaire	30,00 €

10 jours avant le stage vous recevrez votre convocation avec toutes les informations pratiques relatives au déroulement de votre stage.

INFORMATIONS ET RENSEIGNEMENTS :

FSGT94 - 01 49 87 08 50

bafa@fsgt94.org