



## BAFA APPROFONDISSEMENT

« Des jeux traditionnels aux jeux sportifs »

## Formation Théorique



**Dossier d'inscription**  
du 28 Octobre au 02 Novembre 2024

**Tarif de la  
formation**  
270 €

### Comment s'inscrire ?

1/ Notez votre numéro d'identifiant BAFA ici :

. . . . . - . . . . .

2/ Avoir validé le BAFA BASE de 8 jours (joindre le justificatif)

3/ Avoir validé le stage pratique de 14 jours (joindre le justificatif)

4/ Faites votre demande d'aide financière (voir page 8)

5/ Remplissez ce dossier et transmettez-le à la FSGT94

**Dossier complet à transmettre :**

**AVANT 18 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 18 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 restrictions alimentaires :

2/ 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 :

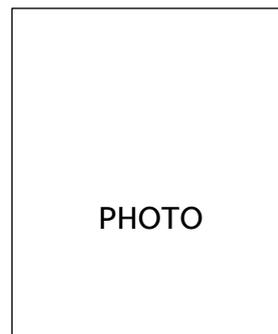
Des photos et vidéos à visée pédagogiques seront prises pendant la formation. Elles seront utilisées pour nos supports de communication sans contrepartie financière. Je suis informé(e) de ces dispositions et m'engage à informer le responsable de la formation par écrit en cas d'opposition.

Fait à :

le :

/ /

Signature



# Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT au dossier d'inscription

- L'attestation de validation du BAFA BASE de 8 jours
- L'attestation de réussite des 14 jours de stage pratique
- 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
- 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) (270 euros) : JOINDRE LA TOTALITE

170 euros : encaissé avant le 1<sup>er</sup> jour du stage

+ 100 euros (montant restitué le 1<sup>er</sup> de la formation **SI** une demande de bourse a été effectuée auprès du SMJ de Vitry-sur-Seine) – **VOIR Page 8**

INFORMATIONS ET RENSEIGNEMENTS :

FSGT94 - 01 49 87 08 50

bafa@fsgt94.org



**COLLECTIF**  
**FÉDÉRAL BAFA**

**FSGT** *Fédération Sportive  
et Gymnique du Travail*

## **Accord stagiaire** **Protocole sanitaire**

**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

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				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 ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> 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 31 mai 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 € - 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](mailto:cecile.perin@mairie-vitry94.fr) / 01.55.53.21.40 / 2 place Saint-Just - 94400 Vitry-sur-Seine). *Nombre de bourse limité*
- ② 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)
- ③ 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 la demande de bourses

Coût TOTAL du stage Bafa	270,00 €
Versement stagiaire	-170,00 €
① BOURSE du SMJ	-100,00 €
Coût pour le stagiaire	170,00 €

Exemple TARIF du stage - Si vous avez fait la demande de bourse et que vous êtes bénévole à l'ES Vitry

Coût TOTAL du stage Bafa	270,00 €
Versement stagiaire	-170,00 €
① BOURSE du SMJ	-100,00 €
② Aide de l'ES Vitry	-25,00 €
④ Aide de la FSGT94	-25,00 €
Coût pour le stagiaire	120,00 €

*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](mailto:bafa@fsgt94.org)