

# Fiche d'inscription BAFA et BAFD

À RETOURNER À PAR MAIL → [bafabafd@ucpa.asso.fr](mailto:bafabafd@ucpa.asso.fr)  
OU PAR COURRIER → UCPA Service BAFA / BAFD - 12 avenue Tony Garnier - 69007 Lyon

- Si vous ne l'avez pas déjà fait, vous devez **obligatoirement** créer votre espace personnel sur le site du Ministère de la Jeunesse et des Sports : [www.jeunes.gouv.fr/bafa-bafd](http://www.jeunes.gouv.fr/bafa-bafd) pour obtenir un numéro de candidat.
- Précisez votre numéro de candidat obtenu sur : [www.jeunes.gouv.fr](http://www.jeunes.gouv.fr)

- Avez-vous réservé votre formation ?  
 OUI  NON
- Si oui, précisez votre N° de dossier client UCPA

## À quelle formation souhaitez-vous vous inscrire ? COMPLÉTEZ ET COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES

- Date de début
- BAFA**
  - Formation générale
  - Approfondissement
  - Qualification
  - Qualification complémentaire
- Thématique
- BAFD**
  - Formation générale
  - Perfectionnement
  - Accompagnement au bilan de formation
- Recyclage surveillant de baignade**
- Lieu

## → Uniquement pour les inscriptions à un approfondissement ou à une qualification

- Date de formation générale
- Lieu
- Organisme
- Avez-vous effectué votre stage pratique de 14 jours ?  
 OUI  NON  Prévu pour le :
- Date
- Organisme

## Renseignements personnels (stagiaire)

- Nom
- Prénom
- Date de naissance
- Âge  Sexe F  M
- Lieu de naissance
- Nationalité
- Adresse
- Code postal
- Ville
- Téléphone
- Portable
- E-mail

## Cas d'urgence ACCIDENT, RENVOI ET RETOUR ANTICIPÉ

- La personne à contacter en mon absence est :
- Nom
  - Prénom
  - Lien de parenté
  - Adresse
  - Code postal  Ville
  - Pays
  - Tél. portable
  - Tél. domicile
  - Tél. bureau

## Droit à l'image POUR LES STAGIAIRES MINEURS

L'UCPA peut être amenée à prendre des photographies ou des vidéos des enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne et à les utiliser sur tous les supports de communication sans limite de temps ni de lieu. L'UCPA se réserve la possibilité de céder les droits d'utilisation de ces photos à l'ensemble de ses filiales qui pourront les utiliser dans les mêmes conditions. Si vous ne souhaitez pas être pris en photographie ou en vidéo au cours de votre séjour, nous vous remercions de faire rédiger une lettre par vos parents indiquant votre refus. Cette lettre devra être adressée à : **UCPA Service BAFA / BAFD 12 avenue Tony Garnier - 69007 Lyon**

## Modalités de règlement

- Toute inscription doit être accompagnée du versement, d'un acompte de 30 % si le stage débute dans plus de 31 jours, ou du montant total à moins de 31 jours. Vous avez la possibilité de régler en chèques ANCV jusqu'à 70 % du prix du stage (dans ce cas et par mesure de précaution, nous vous invitons à nous retourner votre dossier en courrier recommandé R3).
- Si vous avez souscrit à l'assurance facultative, n'oubliez pas d'ajouter le montant correspondant à votre règlement.

- J'ai réglé par carte bancaire le montant de  €
- Je règle par chèque bancaire le montant de  €
- Je règle par chèques ANCV le montant de  €
- Je bénéficie d'une prise en charge (joindre le justificatif) :
- Organisme financeur  montant  €

## POUR LES STAGIAIRES MINEURS, À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT LÉGAL :

### Renseignements médicaux

Je soussigné(e), Mme, M. ....  
certifie que mon enfant, Nom .....  
& Prénom .....  
Né(e) le ..... Sexe .....  
est à jour de toutes les vaccinations obligatoires et est à ce jour apte à la vie en collectivité.

SI LE STAGIAIRE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA VIE EN COLLECTIVITÉ.  
**ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.**

- Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)
- Scarlatine  Oïte  Rougeole  Rubéole  Angine
  - Rhumatismes  Oreillons  Coqueluche  Varicelle
  - Autres maladies

Le stagiaire suit-il actuellement un traitement ?  
 OUI\*  NON Si oui, lequel

\* Si oui : pour les mineurs joignez, dans le bagage, l'ordonnance et les médicaments dans leurs emballages d'origine.

Le stagiaire est-il concerné par des allergies de type :  
 Alimentaire\*\*  Médicamenteuse  Asthme  Autres  
Précisez

\*\* Allergies alimentaires : afin de garantir la sécurité du mineur, le stagiaire concerné par des allergies alimentaires spécifiques, requiert la mise en place d'un accompagnement et de procédures personnalisées. Si votre enfant est concerné par une ou plusieurs allergies alimentaires, vous devez en informer l'UCPA dans les plus brefs délais dès réception du présent document. Pour nous en informer, vous pouvez le faire par e-mail à l'adresse suivante : [bafabafd@ucpa.asso.fr](mailto:bafabafd@ucpa.asso.fr) en précisant impérativement : votre n° de dossier, le nom / prénom de l'enfant et la liste des aliments auxquels votre enfant est allergique et qui nécessite un suivi personnalisé pendant le séjour.

Je soussigné(e), Mme, Mr .....  
certifie avoir pris connaissance et approuvé les conditions générales et particulières d'inscription, d'annulation et d'assurances de l'UCPA.

## Pièces obligatoires à joindre au dossier

- La présente fiche d'inscription recto verso dûment complétée et signée.
- Uniquement pour les inscriptions à une qualification kayak, ou surveillant de baignade**, vous devez joindre en plus, une attestation de capacité à nager un 100 m nage libre, départ plongé. Cette attestation est gratuite, renseignez-vous auprès de votre piscine habituelle.
- Uniquement pour les inscriptions à une qualification surveillant de baignade**, vous devez joindre en plus, la photocopie de votre diplôme du PSC1 : Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (si vous ne l'avez pas encore passé, renseignez-vous auprès des Sapeurs-Pompiers ou de la Croix-Rouge).
- Uniquement pour les inscriptions au BAFA**, vous devez joindre en plus, la photocopie de votre diplôme du BAFA, ou les justificatifs d'accès à cette formation.
- Pour l'inscription à une qualification complémentaire ou à un recyclage**, vous devez joindre une photocopie de votre diplôme BAFA.

### Autorisation de soins médicaux

Je soussigné(e), personne exerçant l'autorité parentale,  
Nom .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville .....  
Pays .....  
Tél. portable .....  
Tél. domicile .....  
Tél. bureau .....  
E-mail .....  
N° de sécurité sociale .....  
Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
.....

autorise les responsables de l'UCPA à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave après consultation d'un praticien, au mineur :  
Nom .....  
Prénom .....

- Je m'engage à rembourser à l'UCPA l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés éventuellement pour son compte ;
- J'autorise la personne mentionnée précédemment à accueillir mon enfant dans le cas d'un renvoi, si je suis empêché(e) ;
- Je certifie avoir pris connaissance du programme et des activités prévues lors du séjour et autorise mon enfant à pratiquer cette/ces activité(s) ;
- Je certifie avoir pris connaissance de toutes les clauses des conditions générales d'inscription et d'assurances et des modalités d'inscription particulières en cas d'allergies ou de traitement médical nécessitant un suivi personnalisé.

Signature obligatoire du représentant légal

Date   
Signature