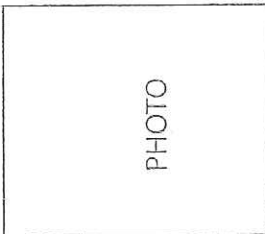


# Fiche d'inscription BAFABAAD

à renvoyer à la Fédération de votre lieu d'habitation

Stage \_\_\_\_\_  
Lieu \_\_\_\_\_  
du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Options choisies :  AFPS  BSB  
NOM \_\_\_\_\_  
Prénoms \_\_\_\_\_  
Fille/Garçon \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_



Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
Carte Ligue :  OUI  NON  
Profession / études \_\_\_\_\_

Pour les candidats BAFD : Titulaire du BAFABAAD  OUI  NON

Si dérogation, joindre obligatoirement photocopie

## EXPERIENCES ANTERIEURES

Stages formation, pratique, investissement associatif etc ...  
Indiquez organisme, lieu, structure (CVL, CLSH, association ...)

- ▶ Stage théorique du ..... au ..... 200...
- à .....
- ▶ Stage pratique du ..... au ..... 200...
- à .....

Attention, un droit de dépôt de 1000 F est exigible

Je soussigné(e) sollicite ma participation au stage de formation sus nommé.  
Je déclare sur l'honneur exacts les renseignements fournis sur cette fiche et avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de paiement.

Signature du candidat :

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

# Certificat Médical Obligatoire pour le BSB

## Informations santé

Merci de nous indiquer les renseignements que vous jugez utiles (traitements médicaux, contre indications, allergies, etc ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Si vous suivez un régime alimentaire particulier, merci de le préciser afin que nous puissions organiser au mieux la restauration :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Autres précisions : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE POUR LES CANDIDATS MINEURS

Je soussigné (Père, mère ou tuteur légal) \_\_\_\_\_  
après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement des stages URFOL,  
déclare autoriser (Nom et prénom) \_\_\_\_\_  
à s'inscrire au stage et à participer à toutes les activités prévues.  
Je dégage l'organisateur de toute responsabilité en dehors du stage et du déplacement collectif susceptible d'être organisé.

J'autorise le directeur du stage à faire soigner mon enfant et à prendre toute mesure, y compris hospitalisation et intervention chirurgicale, nécessité par son état de santé, selon les prescriptions du corps médical consulté.  
Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche, en particulier la date de naissance du stagiaire.

J'autorise / je n'autorise pas la Ligue de l'Enseignement à utiliser pour ses supports de communication toute photographie prise pendant le stage et sur lesquelles j'apparais ou sur lesquelles apparait mon enfant.

A \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_\_  
Signature

Réservé Fédération  
Transmis le \_\_\_\_\_  
Commentaire \_\_\_\_\_  
Cachet