

facilitateur
associatif
depuis 1922



Union Des Organismes de Vacances et d'Education Populaire



Service Formation - Bourgogne du Sud

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION

PHOTO
d'IDENTITE
RECENTE
et
OBLIGATOIRE

RENOYER à : UDOVEP - 18, rue des Prés - 71300 MONTCEAU

PRENOM : sexe (5) :

NOM (3) :

NOM de J.FILLE (3) :

Né(e) le : âge :

à (commune et N° dépt) :

()

Adresse :

Code postal : Commune :

fixe : mobile : courriel :

N° Sécu. (INSEE, 15 chiffres) :

N° inscription J&S (6) :

Nationalité :

Profession/Occupation :

Situation familiale :

Niveau d'études :

s'inscrit à la session de formation (5): choix d'hébergement

ou - à défaut - à la session de remplacement (5) : choix d'hébergement

j'ai connu l'existence de cette session par (5):

co-voiturage : nous autorisez-vous à transmettre vos coordonnées à d'autres stagiaires inscrits à la même session et originaires de votre région pour organiser un co-voiturage potentiel ? :

(1) rayer la mention inutile - (2) cocher la case correspondante - (3) remplir en lettres capitales - (4) préciser - (5) choisir dans la liste
(6) obtenu après inscription "en ligne" sur bafa-bafd.gouv.fr - Δ les stagiaires majeurs payant "en ligne" sont dispensés de signatures

CADRE RESERVE AUX FORMATEURS S NS A B C ID

motivation de la décision (évaluation) :

conseils pour la suite de la formation :

AUTORISATION PARENTALE POUR LES STAGIAIRES MINEURS (2 & 4)

Je, soussigné(e) : père mère tuteur du stagiaire inscrit ;
l'autorise à : • participer à la session décrite au recto de la présente fiche.
• voyager, pendant la session selon les besoins de la programmation - par tout moyen de locomotion dûment mis en place par l'organisateur (collectif ou individuel, motorisé ou pas).
• voyager seul(e) pour l'aller et le retour, y compris en cas de renvoi.
déclare : • autoriser à faire pratiquer, le cas échéant, toute opération chirurgicale urgente ou anesthésie, décidée par un médecin.

NOM & Prénom de l'assuré social : Centre de :
N° de Sécurité Sociale : ()

fait à : signature :

le :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (4)

lien de parenté : adresse :

Nom : CP & Ville :

Prénom : Tél.fixe / GSM :

POUR LES ADHERENTS U.D.O.V.E.P. et/ou F.S.C.F. (4)

stagiaire envoyé(e) par une association membre de :

l'U.D.O.V.E.P.

la F.S.C.F.

N° adhérent de l'associat° :

Nom de l'Association / du Club :

N° licence du stagiaire :

Je, soussigné, , agissant en qualité (5) de de l'association ci-dessus,
certifie que ce stagiaire est **effectivement envoyé** en formation par notre association
et que nous l'engageons pour effectuer son stage pratique.

fait à :

le :

CURSUS PRECEDENT(S) (2)

participat° à séjour de vac. collectives : resp. classe ou mouvement : garde ponctuelles d'enfants :

engagement associatif régulier : responsabilité(s) associative : initiateur fédéral, UFF et/ou AF1

BAFA : Form°Gén. Stage Prat. diplômé(e) **BAFD** : Form°Gén. Stage Prat. diplômé(e)

CFGA : en cours diplômé(e) Autre : PSC1 QSB/BSB

PIECES JOINTES A LA FICHE D'INSCRIPTION (2)

	BAFA-FG	BAFA-APPRO	BAFD-FG	BAFD-PERF.	BAFD-M&J	CFGA	ASTECC
1photo d'identité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie R/V Carte Identité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompte versé en € :	160	<input type="checkbox"/>	160	<input type="checkbox"/>	160	40	40
ou Solde versé en € :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attest° Prise en charge éventuelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation aide CNAF :	vierge	<input type="checkbox"/>	en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attest° FG + Stage Prat. visés J&S :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplôme éventuel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BAFA	<input type="checkbox"/>	BAFD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENGAGEMENT DU STAGIAIRE

Je, soussigné, inscrit à la formation décrite sur la présente ; m'engage à respecter les conditions d'inscription et de participation dont : le projet éducatif de l'UDOVEP, le calendrier financier, les autres obligations liées au type de formation engagée, en particulier lorsqu'elle est sanctionnée par une reconnaissance publique.

fait à : signature

le : / / obligatoire :