



# BAFA BASE

## Formation Théorique



**Dossier d'inscription**  
du dimanche 07 juillet  
au dimanche 14 juillet 2026

**Tarif de la  
formation**  
420 €

### 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 7)
- 4/ Remplissez ce dossier et transmettez-le à la FSGT94

**Dossier complet à transmettre :**

**AVANT LE 26 juin 2026**

**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 26 Juin 2026**

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
- 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 5 et 6)
- Le règlement financier (chèque ou espèces) ou [en ligne](#) :
  - **420 euros** : possibilité de paiement échelonné par chèques ou en ligne sur 3 mois (soit 140€ /mois)

En cochant cette case, je reconnais être informé·e et accepte que mes données personnelles soient traitées par le Domaine de la Politique de Formation et par la ligue régionale ou le comité départemental FSGT dans le cadre des formations qu'ils proposent et dans le respect du règlement n°2016/679, dénommé Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Ces informations seront communiquées aux organisateurs de la formation pour procéder à mon inscription et m'informer sur la formation.

Informations importantes : vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité et de suppression de vos données à caractère personnel. Pour exercer ces droits à tout moment et pour toutes demandes complémentaires, vous pouvez vous adresser à l'adresse suivante : [contact.dpo@fsgt.org](mailto:contact.dpo@fsgt.org)

J'autorise la prise de photos, pour la diffusion et la publication d'images me représentant lors de ce stage à visées pédagogiques et pour nos supports de communication. De notre côté, nous nous engageons à ne diffuser que des photos ou vidéos respectueuses de ton image. Cette autorisation est donnée sans contrepartie financière, et est valable sans limitation de durée. Dans le cas contraire ou en cas de changement d'avis, j'informerai par courrier ou courriel la FSGT 94 : [fsgt94@wanadoo.fr](mailto:fsgt94@wanadoo.fr)

# 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 »



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<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				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>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b>	<b>SCARLATINE</b>
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"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
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 26 juin 2026**

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.

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). Si validation, aide du comité FSGT 94 à hauteur de 50€ également.

④ CAF du Val de Marne. Demande à effectuer après le stage. Le formulaire vous sera remis lors de votre stage BAFA. Cette aide la CAF intervient après le déroulement des 3 stages de la formation BAFA. Quel que soit l'âge du stagiaire et sans condition de ressources (jusqu'à 600€ pour l'ensemble de la formation BAFA).

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	420,00 €
1) Aide de l'ES Vitry	-50,00 €
2) Aide de la FSGT94	-50,00 €
Coût pour le stagiaire	320,00 €

*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)