BAFA BASE

Formation Théorique

COLLECTIF FÉDÉRAL BAFA FSGT Fédération Sportive et Gymnique du Travail

Dossier d'inscription

du dimanche 18 octobre
au dimanche 25 octobre 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 09 octobre 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 09 Octobre 2026

NOM :

Prénom :

PHOTO

☐ 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 etdans 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

☐ 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

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 »

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui ☐ non ☐	**VARICELLE** oui ☐ non ☐	**ANGINE** oui ☐ non ☐	**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ** oui ☐ non ☐	**SCARLATINE** oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	**OTITE** oui ☐ non ☐	**ROUGEOLE** oui ☐ non ☐	**OREILLONS** oui ☐ non ☐	

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 09 octobre 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 €
③Aide de l'ES Vitry	-50,00 €
③Aide 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