# BAFA APPROFONDISSEMENT

*"Grands Jeux et veillées"*

## Formation Approfondissement

# Dossier d'inscription

## du 26 au 31 octobre 2026

**Tarif de la formation 310 €**

### Comment s'inscrire ?

1/ Notez votre numéro d'identifiant BAFA ici :

. . . . . - . . . .

2/ Avoir validé le BAFA BASE de 8 jours (joindre le justificatif)
3/ Avoir validé le stage pratique de 14 jours (joindre le justificatif)
4/ Faites votre demande d'aide financière (voir page 8)
5/ Remplissez ce dossier et transmettez-le à la FSGT94

**Dossier complet à transmettre :**

**AVANT 19 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**

**Fédération Sportive et Gymnique du Travail (FSGT)**
**Comité Val-de-Marne**
115 avenue Maurice Thorez - 94200 Ivry-sur-Seine
Tél : 01 49 87 08 50
bafa@fsgt94.org
**www.fsgt94.org**

# Fiche de renseignements Stagiaire

## A transmettre à la FSGT94 au plus tard le 19 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 restrictions alimentaires :

2/ 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

- ☐ L'attestation de validation du BAFA BASE de 8 jours
- ☐ L'attestation de réussite des 14 jours de stage pratique
- ☐ 1 photo d'identité avec vos noms et prénoms au dos
- ☐ La fiche de renseignements Stagiaire
- ☐ 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) (270 euros) : JOINDRE LA TOTALITE

  170 euros : encaissé avant le 1er jour du stage

  + 100 euros (montant restitué le 1er de la formation SI une demande de bourse a été effectuée auprès du SMJ de Vitry-sur-Seine) – VOIR Page 8

INFORMATIONS ET RENSEIGNEMENTS :

FSGT94 - 01 49 87 08 50

bafa@fsgt94.org

# 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 19 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.

② 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). Une aide de 25 € est également fourni par la FSGT pour les animateur·ices bénévoles.

③ 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 la demande de bourse et que vous êtes bénévole à l'ES Vitry

| | |
|---|---|
| Coût TOTAL du stage Bafa | 270,00 € |
| ② Aide de l'ES Vitry | -25,00 € |
| ② Aide de la FSGT94 | -25,00 € |
| Coût pour le stagiaire | 220,00 € |

*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