

N° de dossier UCPA :

SESSION EN PARTENARIAT AVEC :



Fiche d'inscription

A RETOURNER A : UCPA – Service Jeunesse – 2, rue Professeur Zimmermann – 69007 LYON

Rappel du type de session, du lieu de formation et des dates concernées :

⇒ **Formation générale BAFA du 23/10 au 30/10/2021 en externat à Juvisy sur Orge**

Uniquement pour les inscriptions à un stage d'approfondissement ou à une qualification :

En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur avoir validé mes 14 jours de stage pratique requis pour la continuité de ma formation

Renseignements personnels (stagiaire)

• Civilité Mme M.

• Nom

• Prénom

• Date de naissance

• Adresse postale

• Téléphone

• Email

• Numéro de candidat Jeunesse et Sports*

* Si vous ne l'avez pas déjà fait, vous devez **obligatoirement** créer votre espace personnel sur le site du Ministère de la Jeunesse et des Sports : www.jeunes.gouv.fr/bafa-bafd pour obtenir un numéro de candidat.

Cas d'urgence ACCIDENT, RENVOI ET RETOUR ANTICIPÉ

La personne à contacter en mon absence est :

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Lien de parenté.....

Code postal..... Ville.....

Pays.....

Tél. portable.....

Tél. domicile.....

Tél. bureau.....

Droit à l'image POUR LES STAGIAIRES MINEURS

L'UCPA peut être amenée à prendre des photographies ou des vidéos des enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne et à les utiliser sur tous les supports de communication sans limite de temps ni de lieu. L'UCPA se réserve la possibilité de céder les droits d'utilisation de ces photos à l'ensemble de ses filiales qui pourront les utiliser dans les mêmes conditions. Si vous ne souhaitez pas être pris en photographie ou en vidéo au cours de votre séjour, nous vous remercions de faire rédiger une lettre par vos parents indiquant votre refus. Cette lettre devra être adressée à: **UCPA - Formation BAFA/BAFD - 2, rue Professeur Zimmermann - 69007 LYON**

Règlements:

Je règle par chèque bancaire le montant de €

Je règle par chèques ANCV le montant de €

Je bénéficie d'une prise en charge

Organisme financeur montant €

Pièces à joindre au dossier:

✓ La présente fiche d'inscription recto-verso dûment complétée et signée.

✓ **Uniquement pour les inscriptions à une qualification surveillant de baignade**, vous devez joindre en plus, une attestation de capacité à nager un 100 m nage libre, départ plongé*, ainsi que la photocopie de votre diplôme du PSC1** (Prévention et Secours Civiques de niveau 1)

* **Attestation 100 m nage libre** : Cette attestation est gratuite, renseignez-vous auprès de votre piscine habituelle

** **PSC1** : Si vous ne l'avez pas encore passé, veuillez vous rapprocher des Sapeurs-Pompiers ou de la Croix-Rouge.

Renseignements médicaux

Je soussigné(e), Mme, Mr
certifie que mon enfant, Nom
& Prénom
Né(e) le Sexe
est à jour de toutes les vaccinations obligatoires et est à ce jour apte
à la vie en collectivité.

SI LE STAGIAIRE N'APAS LES VACCINS OBLIGATOIRES (Diptérie, Tétanos, Poliomyélite),
JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA VIE EN COLLECTIVITÉ.

ATTENTION: LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

Scarlatine Otite Rougeole Rubéole Angine
 Rhumatismes Oreillons Coqueluche Varicelle
 Autres maladies

Le stagiaire suit-il actuellement un traitement ?

OUI* NON Si oui, lequel.....

*Si oui: pour les mineurs joignez, dans le bagage, l'ordonnance et les médicaments dans leurs
emballages d'origine.

Le stagiaire est-il concerné par des allergies de type :

Alimentaire** Médicamenteuse Asthme Autres

Précisez

**Allergies alimentaires: afin de garantir la sécurité du mineur, le stagiaire concerné par des
allergies alimentaires spécifiques, requiert la mise en place d'un accompagnement et de
procédures personnalisées. Si votre enfant est concerné par une ou plusieurs allergies
alimentaires, vous devez en informer l'UCPA dans les plus brefs délais dès réception du
présent document. Pour nous en informer, vous pouvez le faire par e-mail à l'adresse
suivante: cjoureau@ucpa.asso.fr en précisant impérativement: votre n° de dossier, le nom/
prénom de l'enfant et la liste des aliments auxquels votre enfant est allergique et qui
nécessite un suivi personnalisé pendant le séjour.

Autorisation de soins médicaux

Je soussigné(e), personne exerçant l'autorité parentale,
Nom
Prénom
Adresse
Code postal Ville
Pays
Tél. portable
Tél. domicile
Tél. bureau
E-mail
N° de sécurité sociale
Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie
.....

autorise les responsables de l'UCPA à faire donner tous les soins
médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'ac-
cident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute
autre affection grave après consultation d'un praticien, au mineur:

Nom
Prénom

- Je m'engage à rembourser à l'UCPA l'intégralité des frais (médicaux
et pharmaceutiques) avancés éventuellement pour son compte;
- J'autorise la personne mentionnée précédemment à accueillir mon
enfant dans le cas d'un renvoi, si je suis empêché(e);
- Je certifie avoir pris connaissance du programme et des activités
prévues lors du séjour et autorise mon enfant à pratiquer cette/
ces activité(s);
- Je certifie avoir pris connaissance de toutes les clauses des
conditions générales d'inscription et d'assurances et des modalités
d'inscription particulières en cas d'allergies ou de traitement médical
nécessitant un suivi personnalisé.

Signature obligatoire
du représentant légal

Je soussigné(e), Mme, Mr

certifie avoir pris connaissance et approuvé les conditions générales
et particulières d'inscription, d'annulation et d'assurances de l'UCPA.

Date

Signature