

1. Compléter toutes les rubriques en **MAJUSCULES**; 2. Dater et signer; 3. Envoyer le bulletin d'inscription avec le règlement demandé; 4. L'envoi des informations pratiques permettant de finaliser l'inscription est conditionné à la réception de ce bulletin dûment complété et du 1er règlement.

## LA FORMATION

Date de début	Date de fin	Type de stage	Option	Lieu
23/10/2021	31/10/2021	Formation Générale pour public sourd et/ou malentendant	<input type="checkbox"/> Pension Complète <input type="checkbox"/> Demi-pension	Institut des Sourds de la Malgrange JARVILLE LA MALGRANGE

## LE PARTICIPANT

NOM : ..... PRÉNOM : ..... TEL : ...../...../...../...../.....  
 ADRESSE : .....  
 CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
 SEXE : F  M  NÉ(E) LE : ...../...../..... À : .....  
 N° D'INSCRIPTION DDCCS\* : .....  
 (\*Obligatoire pour s'inscrire à une formation générale BAFA / pour l'obtenir, s'inscrire sur le site : [www.jeunes.gouv.fr/bafa-bafd](http://www.jeunes.gouv.fr/bafa-bafd)  
 E-MAIL \*\* : ..... (\*\* indispensable pour recevoir la convocation)

## SI PARTICIPANT MINEUR : LE RESPONSABLE LÉGAL

NOM : ..... PRÉNOM : ..... TEL : ...../...../...../...../.....  
 E-MAIL \*\* : ..... (\*\* indispensable pour recevoir la convocation)

## PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

NOM(S) DU (DES) FINANCEUR(S) : .....  
 .....  
 ADRESSE DE FACTURATION  
 (si différente de celle du participant au stage BAFA)  
 .....  
 .....  
 TEL : ...../...../...../...../..... E-MAIL : .....

## RÈGLEMENT DE LA FORMATION

**RÈGLEMENT DU PRIX DU BAFA : 510€ POUR L'INTERNAT 420€ POUR LA DEMI-PENSION**  
 INSCRIPTION À PLUS DE 21 JOURS DU DÉBUT DU STAGE : Je joins un acompte de 50€ ET je m'engage à régler le solde avant le début du stage  
 INSCRIPTION À MOINS DE 21 JOURS DU DÉBUT DU STAGE : Je joins le montant total  
 -> Possibilité de réaliser un échancier d'encaissement en plusieurs fois. Dans ce cas prendre contact avec l'Aroéven.  
**MODES DE RÈGLEMENT** (cocher le mode de règlement choisi) :  
 Par chèque : à l'ordre de l'Aroéven de Lorraine  
 Par virement : IBAN : FR76 1027 8049 0000 0191 1144 046 - BIC : CMCIFR2A (préciser dans l'ordre de virement nom du stagiaire + nom du stage)  
 En espèces : inscription dans les locaux de l'Aroéven (prise de RDV obligatoire)

**Bulletin et règlement à envoyer à l'adresse suivante :**  
**Aroéven Lorraine**  
**28 rue de Saurupt**  
**54000 NANCY**

Je soussigné(e) (NOM PRENOM) : ..... agissant tant pour moi même que pour le compte de la personne inscrite, adhère à l'association. Cette adhésion est de zéro euros (0€).

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**  
 (du participant majeur - le cas échéant : de son responsable légal)



## CHARTRE DU FUTUR ANIMATEUR

Tu as choisi de t'inscrire à une formation BAFA organisée par l'Aroeven dans le but de vivre une expérience saine, agréable et enrichissante.

La formation BAFA est un acte citoyen où tu vas vivre en groupe, sous la responsabilité de personnels qualifiés.

Afin de développer cette citoyenneté et bien vivre ensemble, tu auras donc des DROITS (émettre un avis, faire des propositions, être respecté...) et des DEVOIRS, respect d'un ensemble de règles portant sur :

- > la législation (interdiction de fumer, de consommer des alcools et des stupéfiants, non mixité en hébergement...),
- > la sécurité (respect des consignes, du matériel, des locaux, des personnels...),
- > la vie collective (respect des horaires, des participants, des lieux...),
- > la vie quotidienne (participation active aux tâches liées au bon déroulement de la formation),
- > les activités (investissement dans les diverses propositions et dans leur mise en œuvre).

Toutes conduites qui mettraient en péril le bon fonctionnement du groupe (non respect des règles, violences verbales ou physiques, atteinte à la sécurité d'autrui, conduites à risques, vol, usage de produits illicites...) remettraient en cause ce contrat, ce qui pourrait entraîner des mesures adaptées pouvant aller jusqu'au renvoi ainsi qu'à la nullité de la formation sans remboursement possible.

Nous comptons sur ta collaboration et sommes prêts à recevoir toutes propositions allant dans le sens d'une meilleure qualité de la vie collective et d'une amélioration de la formation. Le simple paiement de cette formation, ainsi que ta participation, ne garantissent en rien l'obtention du stage.

**J'ai bien pris connaissance de cette charte et m'engage à la respecter.**

Nom et prénom du participant : .....

Dates de la formation : du ..... au.....

Lieu de la formation : .....

Fait à : ..... Le : .....

**Signature du participant :**  
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

**Signature du financeur :**  
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations). Pas de photocopie.**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
<b>ou</b> DT Polio				Autres (précisez)	
<b>ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI LE.LA STAGIAIRE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES : JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA VIE EN COLLECTIVITÉ. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE STAGIAIRE.**

Joindre impérativement une **ordonnance à jour** et les **médicaments dans leur emballage d'origine** si le.la stagiaire, suit un traitement médical.

A titre indicatif : **LE.LA STAGIAIRE A-T-IL.ELLE DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

<b>RUBEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>AUTRE :</b>

**ALLERGIES :**

ASTHME : OUI  NON

MÉDICAMENTEUSES : OUI  NON

PRÉCISIONS : .....

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ :**

INDIQUEZ ICI TOUTE DIFFICULTÉ DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE : .....

**3 - RENSEIGNEMENTS ALIMENTAIRES (à renseigner obligatoirement pour inscriptions en formule DP ou INT)**

REGIME ALIMENTAIRE : .....

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI  NON  si OUI précisez : .....

**4 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)**

Le.la stagiaire porte-t-il.elle :

Des lentilles de contact : OUI  NON

Des prothèses auditives : OUI  NON

Des prothèses ou un appareil dentaire : OUI  NON

**5 - AUTORISATIONS PARENTALES (si stagiaire mineur)**

J'autorise mon fils, ma fille, à participer aux activités physiques et sportives : OUI  NON

J'autorise mon fils, ma fille, à participer aux baignades surveillées : OUI  NON

Autorisation de transport en véhicule et/ou car de location : OUI  NON

**6 - RESPONSABLE DU STAGIAIRE EN CAS D'URGENCE**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (OU PORTABLE) : ..... TEL BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT(facultatif) : .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal du stagiaire, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe de formation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon fils, de ma fille, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

**BAFA/D**



Coller ici  
la photo  
d'identité  
du stagiaire.

## DEMANDE DE CESSION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné (si majeur indiquer votre nom - si mineur indiquer le nom du responsable légal): .....

Demeurant au .....

Responsable légal de : .....

**Autorise** l'Association Aroéven de Lorraine, domiciliée au 28 rue de Saurupt 54000 NANCY et représentée par son Président Gilbert GUEUSQUIN

A capturer, stocker, utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des supports fixant l'image ou la voix de mon enfant mineur/moi-même (nom mentionné ci-dessus) réalisés lors de la formation :

générale    d'approfondissement    de qualification    de perfectionnement

BAFA    BAFA/D

durant la période du : ..... / ..... / 20..... au ..... / ..... / 20.....

lieu de la formation : .....

J'autorise également à exploiter ces supports, en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique ou d'exploitation commerciale à destination de ses bénéficiaires.

Conformément à la réglementation générale à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant qui seront conservées pendant ..... ans (maximum 3 ans). Pour exercer ce droit, adressez-vous à : Marion Barbier, chargée de communication à l'Aroéven de Lorraine (m.barbier@aroeven.fr)

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants pour lesquels l'accord est demandé :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Publication dans une revue, ouvrage ou journal | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Présentation au public lors d'expositions      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Illustration des sites Aroéven                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Réseaux sociaux de l'association               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Affiches BAFA/D                                | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Dans le cas où aucune de ces cases n'est cochée ou si ce document ne nous est pas retourné, l'Aroéven considérera que le consentement est refusé.

Fait à ..... le ..... / ..... / 20..... en deux exemplaires

Signature :