

Ne rien inscrire dans ce cadre - Réservé aux services de l'Ufcv

N° session 1 : ..... N° session 2 : ..... Reçu le :  
N° Inscription : ..... N° Stagiaire : ..... /..... /.....

## FICHE D'INSCRIPTION

(1) Cocher la case correspondante  
(2) Ecrire en CAPITALES

(1) Mme  M.  N° J et S : .....

(2) Nom de naissance : .....

(2) Nom marital : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Pays : ..... Nationalité : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Coller ici  
une photo  
d'identité  
récente

**Pour recevoir votre confirmation d'inscription, indiquez ci-dessous votre adresse mail**

(2) Adresse mail : .....

(1) Sexe : F  H  Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu : ..... Département ou Pays : .....

Situation : étudiant(e)  / en poste  / autres  (préciser) .....

(1) Possédez-vous le PSC1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1) ? OUI  NON

**Pour toute inscription, consultez à la fin de la fiche la liste des pièces à fournir.**

### Je m'inscris à une formation

#### BAFA

Formation générale Bafa

Dates : .....

Approfondissement Bafa

ou

Qualification Bafa  Renouvellement Qualification

**(photocopie de stage pratique obligatoire)**

Dates : .....

Thème : .....

#### BAFD

Formation générale Bafd

Dates : .....

Perfectionnement Bafd

Dates : .....

**LIEU :** .....

(1) Pension complète  Demi-pension  Externat

Régimes alimentaires / Allergies : .....

Second choix, autres dates envisagées : .....

(1) Souhaitez-vous que vos coordonnées complètes soient transmises à l'ensemble des participants de la session pour permettre l'organisation éventuelle du covoiturage ? OUI  NON

(1) Cocher la case correspondante (2) Ecrire en CAPITALES

**Personne à contacter en cas d'urgence >** Nom et Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

### Autorisation parentale (pour les mineurs)

(2) Je soussigné(e) **NOM ET PRÉNOM** : .....

(1) en qualité de père  mère  tuteur légal

(2) **Autorise (NOM et PRÉNOM)** : .....

à participer à une session de l'Ufcv et à y pratiquer toutes les activités proposées.

J'autorise tout médecin responsable à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon fils ou ma fille, et m'engage à rembourser à l'Ufcv les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes.

Fait à ..... Le ..... / ..... / ..... **Signature :**

### En cas de prise en charge de la session par une association, un organisme, une collectivité, faire remplir et signer ci-après

(2) Je soussigné(e) **Nom et Qualité** : .....

**Représentant** le preneur en charge dont le nom et l'adresse sont :

**Cachet du preneur en charge :**

.....

.....

atteste qu'il règlera à l'Ufcv les frais de session de

(nom du stagiaire) : .....

**Signature :**

(1) En totalité  Partiellement

Soit : ..... €

(1) Et demande à l'Ufcv d'établir une convention de

**Fait à :**

**Le :**

**Formation Professionnelle Continue :** OUI  NON

**Ufcv N° de tiers :**

Nom de l'OPCA, si connu .....

Le complément, soit : ..... € sera payé par le stagiaire. ....

### Pièces à fournir • Je joins à ma fiche d'inscription...

un chèque d'un montant de ..... €

mon certificat de stage pratique  une copie du Bafa (pour la formation Bafd) ou dérogation

### Indispensable pour la validation de l'inscription

« J'ai pris connaissance des conditions de déroulement des sessions, ainsi que des conditions d'inscription et de paiement, et je les accepte. »

(2) **Nom, Prénom** : ..... **Signature :**

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....

Informations et libérées. Les informations communiquées sont indispensables à la prise en compte de votre demande. elles donnent lieu à l'exercice du droit d'accès en de rectification dans les conditions prévues par la loi informatique et libertés. sans retour de votre part, vos noms, adresse, numéros de téléphone et mail pourront être utilisés par l'Ufcv.