

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  Mlle  M.

N° J et S | \_\_\_\_\_

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

(2) Nom marital : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Pays : ..... Nationalité : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

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

(2) Adresse mail : .....

(1) Sexe : F  H  Naissance : ...../...../.....

Lieu : ..... Dpt. ou Pays : .....

Situation : études  / profession  / 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 pour constituer votre dossier.

**Coller ici**  
une photo  
d'identité  
récente

### Je m'inscris à une formation...

#### BAFA

Formation générale BAFA

Dates : .....

Approfondissement BAFA

ou

Qualification BAFA  Renouvellement qualification

Joindre une photocopie de stage pratique

Dates : .....

Thème : .....

#### BAFD

Formation de base BAFD

Dates : .....

Perfectionnement BAFD

Dates : .....

**LIEU :** .....

(1) Pension complète  Demi-pension  Externat

Régimes alimentaires / allergies : .....

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

Personne à contacter en cas d'urgence NOM : .....  
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 s'inscrire à une session de l'Ufcv et à pratiquer toutes les activités de cette session,
- à sortir seul et à voyager seul pour se rendre au lieu de session et en revenir,
- à voyager seul en cas de renvoi ou pour toute autre raison décidée par le directeur.

J'autorise tout médecin responsable à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire pour 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 ..... Signature :

Le ...../...../.....

(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

### En cas de prise en charge des frais de session par une association ou un organisme, faire remplir et signer ci-après :

(2) Je soussigné (Nom et Qualité) : ..... Cachet du preneur en charge :

Représentant la collectivité dont le nom et l'adresse sont :

atteste que la collectivité règlera à l'Ufcv les frais de session de  
(nom du stagiaire) : .....

(1) En totalité  Partiellement

Soit : ..... €

(1) Et demande à l'Ufcv d'établir une convention  
de Formation Professionnelle Continue : OUI  NON

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

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

Signature :

Fait à :

Le :

Ufcv N° de tiers :

**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 BAFA) ou dérogation

**Indispensable pour  
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 : .....

Fait à ..... Signature :

Le ...../...../.....

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