

BAFA

APS PLEINE NATURE

Brevet D'aptitude aux fonctions d'Animateur



DOSSIER D'INSCRIPTION Session 2026

à déposer ou à adresser **au plus tard le 03 avril 2026**
une seule adresse

Comité Territorial Sports Pour Tous de Corse
8, lotissement A Marinella 2 – 20290 LUCCIANA

Nom..... Prénoms

Nom de Jeune fille..... Nationalité

Date de naissanceLieu de naissanceDépartement.....

Adresse

.....

Code postal Ville

Téléphone fixeTéléphone portable

Adresse e-mail.....

Sollicite mon inscription à la session de formation générale débutant le 11 avril 2026

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.

Précisez votre numéro de candidat Jeunesse et Sports

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à

le

Signature :

Pièces obligatoires à joindre au dossier

- La présente fiche d'inscription dûment complétée et signée
- une copie de votre pièce d'identité
- un chèque de 450 € ou bien la ou les attestations de prise en charge financière
- Le formulaire sanitaire complété / par le tuteur légal si le candidat est mineur
- la copie du carnet de vaccination à jour

Si LE STAGIAIRE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION À LA VIE EN COLLECTIVITÉ.

Autorisation de soins médicaux

Je soussigné(e), personne exerçant l'autorité parentale,

Nom : Prénom : Tél :

N° de sécurité sociale

autorise les responsables CTSPT20 à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave après consultation d'un praticien, au mineur :

Nom Prénom

Je m'engage à rembourser le CTSPT20 de l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés éventuellement pour son compte ;

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



Formulaire Sanitaire – Stagiaire BAFA

Informations générales

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom et prénom :

Lien avec le stagiaire :

Téléphone (domicile) :

Téléphone (portable) :

Adresse :

Informations médicales

Médecin traitant :

Téléphone du médecin :

Adresse du cabinet :

Renseignements médicaux

Le stagiaire suit-il un traitement médical pendant le stage ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Allergies connues (alimentaires, médicamenteuses, autres) :

.....

Antécédents médicaux

Le stagiaire a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- ☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Angine
☐ Rhumatisme articulaire ☐ Oreillons
☐ Rougeole ☐ Otite ☐ Coqueluche
☐ Scarlatine

Antécédents médicaux importants (asthme, diabète, épilepsie, etc.) :

.....

Vaccinations

Vaccinations à jour :

- ☐ Oui
☐ Non

Si non, préciser :

Vaccin	Date du dernier rappel
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite / DT Polio / Tétracoq	
BCG	

Vaccins recommandés

- ☐ Hépatite B
☐ ROR (Rougeole – Oreillons – Rubéole)
☐ Coqueluche
☐ Papillomavirus (HPV)
☐ Autre(s) :

Autorisations

Autorisation de soins médicaux d'urgence :

J'autorise le responsable de la formation à faire pratiquer en cas d'urgence tous les soins médicaux nécessaires à mon état.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Autorisation de transport vers un centre médical :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Observations particulières

.....
.....
.....

Engagement du stagiaire

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Fait à :

Le :

Signature du stagiaire :
