



FICHE D'INSCRIPTION

À informer et à retourner à :



**MJC VALENCE
CHATEAUVERT**
3 place des Buissonnets
26000 VALENCE
Tél : 04 75 81 26 20
Fax : 04 75 81 55 13



Délégation CFAG Rhône Alpes - NEIGE ET SOLEIL - « Les Glières » 73500 BRAMANS - Tél : 04 79 05 11 82

Session* : BAFA BAFA APPROFONDISSEMENT Dates : du au
BAFD BAFD PERFECTIONNEMENT Dates : du au

Mme, Melle, M.* : Prénoms :

Date de naissance : Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : / / / / Email : @

N° allocataire CAF : CAF de rattachement⁽¹⁾ :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Etudes en cours ou profession :

N° IDENTIFIANT obligatoire (site de déclaration : bafa-bafd.gouv.fr) :

PIECES A JOINDRE

- **2 photos d'identité** (dont une collée sur cette fiche)
- **Certificat Médical d'aptitude** (peut être apporté à l'ouverture de la session)
- 3 timbres au tarif 20g (1.16€ au 01 Janvier 2020)
- 1 photocopie Recto Verso de la **carte nationale d'identité**
- 1 enveloppe 16 X 23, libellée à votre adresse et affranchie au tarif 100g (2.32€ au 01 Janvier 2020)
- **Le règlement de la session** de 200,00 € à l'ordre du CFAG

ATTENTION : Pour l'envoi de votre dossier d'inscription à la MJC, veuillez affranchir votre enveloppe au tarif de 100g

Date et signature du stagiaire inscrit :

Si votre formation est prise en charge par un organisme

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE (à compléter par l'organisme concerné)

Je soussigné agissant en qualité de représentant de la Mairie - de l'association - de l'organisme* :

(désignation et adresse) déclare prendre en charge financièrement la participation au stage de Mme, Melle, M.* : pour la somme de

Fait à : le

* rayer les mentions inutiles

Signature et Cachet

(1) indiquez le département de votre CAF



À informer et à retourner à :



**MJC VALENCE
CHATEAUVERT**
**3 place des Buissonnets
26000 VALENCE**
Tél : 04 75 81 26 20
Fax : 04 75 81 55 13

Autorisation Parentale (pour les mineurs)

Délégation CFAG Rhône Alpes - NEIGE ET SOLEIL - « Les Glières » 73500 BRAMANS - Tél : 04 79 05 11 82

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

..... père, mère, tuteur⁽¹⁾

Habitant :

.....

Autorise :

- à participer à la session prévue par l'inscription,
- à voyager seul(e) - aller et retour - y compris en cas de renvoi,
- à participer seul(e) ou en petit groupe à toute activité extérieure au lieu d'implantation prévue par le programme de la session

J'autorise tout médecin responsable, le cas échéant, 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 - ma fille⁽¹⁾.

Je prends bonne note qu'en cas de départ anticipé du stage pour une quelconque raison, aucun remboursement des sommes versées ne sera effectué.

Fait à, le / /

Signature

(1) rayer les mentions inutiles