

NOM : **Prénom :**
Né-e le : **à :**
Adresse :
Code postal : **Ville :**
Téléphone : **E-mail :**
N° inscription DDCS (cf. site www.jeunes.gouv.fr/bafa-bafd) :

JE SUIS DÉJÀ ADHÉRENT·E DES ECLAIREUSES ECLAIREURS DE FRANCE :

N° d'adhérent·e : **Structure :**

JE M'INSCRIS À LA FORMATION SUIVANTE :

Type de stage :

Lieu : **Dates :**

Thème :

J'autorise tout médecin à faire pratiquer, en cas d'urgence, toute intervention chirurgicale (avec ou sans anesthésie) et à prescrire le cas échéant tout traitement rendu nécessaire par mon état de santé / celui de mon enfant (stagiaire mineur).

J'autorise les Eclaireuses Eclaireurs de France :

à me proposer par e-mail des offres de stages BAFa/BAFD,

à utiliser mon image / celle de mon enfant, sur d'éventuels supports de communication publique si, le cas échéant, des photos / vidéos sont faites pendant le stage.

Je suis un régime alimentaire particulier :

J'ai lu et accepte les conditions d'inscription (voir au dos)

Fait à : **Le :**

Signature (*cliquez pour insérer une image*)

Cliquez pour enregistrer

DOCUMENTS À NOUS RETOURNER :

(à l'adresse de la région organisatrice du stage)

- Ce bulletin d'inscription dûment rempli, notamment avec l'autorisation parentale,
- un acompte de 100 € par chèque à l'ordre des EEDF (ou selon, remplir la partie "Prise en charge" ci-contre),
- la copie recto / verso d'une pièce d'identité,
- une fiche sanitaire complétée,
- 4 timbres et une photo d'identité,
- un *certificat de stage pratique en cas d'inscription sur un stage d'approfondissement / de perfectionnement / de qualification*,
- l'*attestation du PSC1 en cas d'inscription en qualification "surveillant de baignade"*.

VOUS RECEVREZ DE NOTRE PART :

- Dès réception du dossier, une attestation d'inscription qui vous permettra le cas échéant d'obtenir une aide ou de justifier une absence,
- Avant le stage, un document appelé "top départ" contenant les informations pratiques (adresse, horaires, contacts, matériel...).

AUTORISATION POUR LES MINEUR·E·S

Je soussigné·e
en qualité de
autorise (*nom, prénom stagiaire*)

à suivre le stage désigné au recto. Je m'engage à rembourser aux EEDF les frais qui pourraient être occasionnés par l'état de santé du· de la stagiaire (traitement médical, hospitalisation...).

Fait à

Le

Signature
(cliquez pour insérer une image)

CONDITIONS D'INSCRIPTION :

Le tarif comprend l'adhésion et l'assurance obligatoire. Les frais de transport et trajets jusqu'au lieu de stage sont à la charge des stagiaires ou de leurs parents. En cas d'annulation de votre part, moins de 15 jours avant le début du stage, il sera retenu 100 € de frais ; Moins de 8 jours avant le début du stage, il sera retenu 50% du prix du stage. Tout abandon en cours de formation ne donne lieu à aucun remboursement. Même chose en cas d'exclusion pour comportement inapproprié (vol, violence, conduites addictives...).

À noter : le paiement du stage n'entraîne pas sa validation systématique.

L'association se réserve le droit de modifier les dates et lieu d'un stage ou d'annuler une session, par manque d'inscriptions par exemple. En cas d'annulation, nous vous proposerons une solution de remplacement ou vous rembourserons la totalité des sommes versées, sans autre indemnité.

PRISE EN CHARGE

Je soussigné·e
représentant la structure suivante

certifie que les frais de stage concernant
(*nom, prénom stagiaire*)

seront pris en charge pour un montant
maximum de :

Adresse de facturation :

Certifie avoir lu et accepte les présentes conditions d'inscription.

Fait à

Le

Signature + Tampon (cliquez pour insérer une image)

