



Ne rien inscrire dans ce cadre - Réservé aux services d'ADEDA

N°session1:.....N°session2 :.....

N°Inscription:.....N°Stagiaire:.....

Reçu le:

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 :

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 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.

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:.....

(1) Cocher la case correspondante (2) Ecrire en capitales.

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:

- A s'inscrire à une session d'ADEDA et à pratiquer toutes les activités de cette session,
- A sortir seul et à voyager seul pour se rendre au lieu de session et en revenir,
- A 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 ADEDA 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 l'organisme dont le nom et l'adresse sont :

.....
.....

Atteste que l'établissement règlera à ADEDA les frais de session de (nom du stagiaire) :

(1) En totalité Partiellement

Soit :€

(1) Et demande à ADEDA 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:

ADEDA 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 BAFD) 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 ADEDA.