

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 recto-verso 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

POUR LES STAGIAIRES MINEURS, À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT LÉGAL :

Renseignements médicaux

Je soussigné(e), Mme, Mr certifie que mon enfant,
Nom Prénom
Né(e) le Sexe
est à jour de toutes les vaccinations obligatoires et est à ce jour apte à la vie en collectivité.

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.

ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

Maladies déjà contractées (cocher les cases correspondantes) :

- ☐ Scarlatine ☐ Otite ☐ Rougeole ☐ Rubéole ☐ Angine ☐ Rhumatismes ☐ Oreillons
☐ Coqueluche ☐ Varicelle

Autres maladies

Le stagiaire suit-il actuellement un traitement ? OUI* NON Si oui, lequel
.....
Si oui : pour les mineurs joignez, dans le bagage, l'ordonnance et les médicaments dans leurs emballages d'origine.

Le stagiaire est-il concerné par des allergies de type : Alimentaire** Médicamenteuse Asthme Autres
Précisez
.....

Allergies alimentaires : afin de garantir la sécurité du mineur, le stagiaire concerné par des allergies alimentaires spécifiques, requiert la mise en place d'un accompagnement et de procédures personnalisées. Si votre enfant est concerné par une ou plusieurs allergies alimentaires, vous devez nous en informer dans les plus brefs délais dès réception du présent document. Pour nous en informer, vous pouvez le faire par e-mail à l'adresse suivante ct.corse@sportspourtous.org en précisant impérativement le nom/ prénom de l'enfant et la liste des aliments auxquels votre enfant est allergique et qui nécessite un suivi personnalisé pendant le séjour.

Autorisation de soins médicaux

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

Nom Prénom

Adresse

Code postal. Ville

Tél. portable Tél. domicile Tél. bureau

E-mail

N° de sécurité sociale

Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie
.....

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