

## N'oubliez pas de joindre à cette fiche...

- 1 photocopie de votre pièce d'identité
- 1 photo d'identité
- 1 règlement à l'ordre du trésor public
  - 80€ pour les thorigniens\*
  - 230€ pour les non-thorigniens\*

\* Repas non pris en charge

**Cette fiche, accompagnée des éléments demandés, devra être déposée en mains propres au :**

**Service Jeunesse**

**8 rue Gambetta**

**77400 Thorigny-sur-Marne**

**Ou renvoyée par courrier à l'adresse suivante :**

**Mairie de Thorigny-sur-Marne**

**1 rue Gambetta, 77400 Thorigny-sur-Marne**

**PASS VACCINAL OBLIGATOIRE DURANT TOUTE LA DUREE DE LA FORMATION – LE PASSE VACCINAL DU STAGIAIRE SERA VERIFIE TOUS LES JOURS**



## FICHE D'INSCRIPTION

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : /\_\_ / \_\_ / \_\_ / Sexe :  F  M

Tél domicile : ..... Tél portable : .....

E-mail : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° d'identifiant DDCS ([www.bafa-bafd.gouv.fr](http://www.bafa-bafd.gouv.fr)) :

.....

Photo  
d'identité

obligatoire

### INSCRIPTION A LA SESSION :

Stage : BAFA formation générale

Dates : Du lundi 21 au lundi 28 février 2022

Lieu : 4 rue Louis Martin, 77400, Thorigny-sur-Marne

Vous recevrez **10 jours avant le début** de la session une convocation vous indiquant le lieu et les horaires de la formation

## Autorisation parentale pour les stagiaires mineurs

Je soussigné(e) .....

Demeurant à.....

.....

Agissant en qualité de responsable légal, autorise mon fils, ma fille, (ou pupille).....

A participer à la session organisée par La Ligue de l'Enseignement de Seine et Marne qui se déroulera **du 21 au 28 février 2022 et à fournir un pass vaccinal valide durant toute la durée de la session (6 jours)**

A sortir seul(e) pendant les temps libres prévus à l'emploi du temps.

AUTORISE La Ligue de l'Enseignement à utiliser pour ses différents supports de communication toute photographie prise pendant la session sur laquelle mon enfant apparaîtrait.

En cas d'urgence pendant la formation,  j'autorise  je n'autorise pas qu'il (ou elle) subisse toute intervention ou tous soins médicaux qui apparaîtraient nécessaires.

A : ..... Le : .....

Signature du représentant légal :

## Santé

Cette rubrique vous permet de nous indiquer les renseignements que vous jugez utiles :

Traitement médical : .....

.....

Contre-indication(s) / Allergie(s) : .....

.....

Régime alimentaire spécifique : .....

.....

## Engagement du stagiaire

**Le/la candidat(e) soussigné(e) s'engage à respecter les règles de vie collective de la session à laquelle il/elle participe, accepte les conditions générales d'inscription et accepte de nous fournir un passe sanitaire valide pendant toute la durée du stage.**

Signature du /de la candidat(e) :