

Fiche d'inscription BAFA

NOM: [REDACTED]

PRÉNOM: [REDACTED]

DATE DE NAISSANCE: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

SEXE F M

ADRESSE [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Téléphone: [REDACTED]

Adresse mail: [REDACTED]

Stage:

Dates:

CONTACTS D'URGENCE

PÈRE MÈRE TUTEUR

NOM PRÉNOM : NOM PRÉNOM :

TÉLÉPHONE : TÉLÉPHONE :

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné-e nom et prénom :
en qualité de père mère tuteur-riche légal-e
autorise (nom et prénom) :

.....
à participer à une session de formation et à y pratiquer toutes les activités proposées.

J'autorise tout médecin responsable à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon fils ou ma fille, et m'engage à rembourser à YOLO les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes.

Fait à

Le / /

Signature :