



## Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur-riche

### DOSSIER D'INSCRIPTION POUR UN·E STAGIAIRE MAJEUR·E

Le BAFD (*Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur-riche*) est un brevet permettant de diriger à titre non professionnel, de façon occasionnelle, des enfants et adolescents en Accueils Collectifs de Mineurs (ACM).

Cette formation volontaire ne délivre pas un diplôme professionnel mais un brevet permettant d'exercer en ACM\*.

Afin que ton inscription soit rapidement validée, les documents suivants sont à transmettre au service « Formation » :

- L'acompte d'à minima de 150 € par chèque à l'ordre de la Ligue de l'enseignement de Normandie
- Le dossier d'inscription renseigné et signé
  - Fiche sanitaire de liaison ..... 2
  - Autorisation de reproduction et de représentation de photographie et d'enregistrement de la voix ..... 3

Une fois le dossier complété, tu recevras (*environ 15 jours avant le début du stage*) ta convocation ainsi que toutes les informations nécessaires au bon déroulement de ta formation.

Nous te rappelons également que le solde de la formation devra être versé avant le début du stage, sans quoi tu ne pourras malheureusement pas intégrer la formation.

Pour toute question, n'hésite pas à contacter Thomas au service « Formation » :

**La Ligue de l'enseignement de Normandie**  
**Pôle Politiques Éducatives Territoriales**  
**Siège social** : 16, rue de la Girafe - BP 85091 - 14078 CAEN Cedex 5  
**Tél** : 02.31.06.11.07 ou 07.64.37.01.35  
**Email** : [bafa.bafd@laliguenormandie.org](mailto:bafa.bafd@laliguenormandie.org)  
**Site internet** : [www.bafa.bafd.laliguenormandie.org](http://www.bafa.bafd.laliguenormandie.org)

\* Pour encadrer en tant qu'animateur et directeur en Accueils Collectifs de Mineurs (ACM), il convient de répondre aux critères d'honorabilité en fonction du Fichier judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FJAIS) et du bulletin n°2 du casier judiciaire.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles aux animateurs et aux médecins sur le-la participant-e à une formation BAFA-BAFD de la Ligue de l'enseignement de Normandie.

Nom du participant : ..... Prénom du participant : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Garçon  Fille

Prénom et nom de la personne à contacter en cas d'urgence : .....

Adresse complète : .....

Téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence : .....

Médecin Traitant (Nom, Ville et Téléphone) : .....

Mutuelle : ..... N° Mutuelle : .....

Si Couverture Maladie Universelle (CMU), photocopie de la carte vitale et de l'attestation CMU où le stagiaire apparaît.

### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PARTICIPANT :

Suivez-vous un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### ALLERGIES :

Asthme                      Alimentaire                      Médicamenteuse                      Autres (animaux, plantes, pollen) :  
 Oui  Non                       Oui  Non                       Oui  Non .....

Cause de l'allergie et conduite à tenir (si automédication, le signaler) :  
 .....

Autorisez-vous le maquillage sur vous dans le cadre des activités ?  Oui  Non

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises, opérations, rééducation) en précisant dates et précautions à prendre : .....

### RECOMMANDATIONS UTILES (lunettes, lentilles, appareil dentaire ou auditif,...précisez) :

Régime alimentaire :  Aucun                       Sans viande                       Végétarien  
 (avec poisson et œuf)                      (sans viande, sans poisson, sans œuf)

Je soussigné-e ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état du stagiaire.

Date :

Signature :

## AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRESENTATION DE PHOTOGRAPHIE ET D'ENREGISTREMENT DE LA VOIX POUR UNE PERSONNE MAJEURE

Je soussigné-e (*prénom, nom*)

domicilié-e à

Autorise l'équipe de la Ligue de l'enseignement de Normandie organisateur de la formation à utiliser mon image (*photos – films*) et ma voix sur tous les supports de valorisation et/ou publications (*site internet de la Ligue de l'enseignement de Normandie [www.laliguenormandie.org](http://www.laliguenormandie.org), réseaux sociaux, plaquettes, journaux, radio, ...*) destinés aux opérations de communication 2023-2026.

Cette autorisation est consentie à titre gratuit et est valable au maximum 3 ans.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (*Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée*). Pour toute demande de suppression ou rectification, vous pouvez vous adresser à la Ligue de l'enseignement de Normandie - 16, rue de la Girafe 14078 Caen cedex 5 - ou en envoyant un courriel : [contact@laliguenormandie.org](mailto:contact@laliguenormandie.org).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature**