



C.A.F DES COTES D'ARMOR  
SERVICE A.F.I  
CS 10 000  
22096 SAINT-BRIEUC Cedex9  
☎ 32.30

## DEMANDE – Aide à la formation BAFA ou BAFD

( Brevet d'Aptitude à la Fonction d'Animateur ou de Directeur)

### 10200 DBAFA

**N° ALLOCATAIRE C.A.F.** (du jeune ou à défaut celui des parents s'ils perçoivent des prestations familiales) :

0						
---	--	--	--	--	--	--

### ETAT CIVIL – ADRESSE :

Votre nom : \_\_\_\_\_ Votre prénom : \_\_\_\_\_

Votre date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

Votre numéro de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

Code postal – Commune : \_\_\_\_\_

### SITUATION PROFESSIONNELLE :

- vous suivez des études ou une formation professionnelle (lycéen, étudiant, apprenti ...)
- vous êtes en activité professionnelle
- Vous êtes sans activité professionnelle
- vous êtes au chômage
- autre situation

#### **Déclaration sur l'honneur**

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L 554-1 du Code de la Sécurité Sociale. Art. 441-1 du Code Pénal). L'organisme débiteur de prestations familiales peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (Art. L 583-3 du Code de la Sécurité Sociale).*

**Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts.**

Le \_\_\_\_\_ Signature :

*La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire dont le destinataire est la caisse d'Allocations familiales. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Directeur de la caisse d'Allocations familiales qui verse les prestations.*

**PIÈCE A JOINDRE :** un relevé d'identité bancaire ou postal. Si besoin.

**Bien vouloir compléter le verso** ☞

**Stage de formation générale : imprimé à retourner à l'issue de ce stage pour le 1<sup>er</sup> versement éventuel de l'aide**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ qualité \_\_\_\_\_  
représentant l'organisme de formation suivant \_\_\_\_\_ dont le siège social se  
situe à \_\_\_\_\_ atteste que le demandeur désigné a suivi la session  
de **formation générale** pour obtenir :

- le BAFA ou le  BAFA du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 en internat  en externat  en continu  en discontinu

Code postal du lieu du stage \_\_\_\_\_ N° d'habilitation \_\_\_\_\_  
Tarif de la session \_\_\_\_\_ € Montant payé par le stagiaire \_\_\_\_\_ €

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Signature originale du représentant et cachet de l'organisme :**

**Stage pratique : attestation de suivi**

**Stage pratique 1 ou intégral :**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ qualité \_\_\_\_\_  
représentant l'organisme de formation suivant \_\_\_\_\_ dont le siège social  
se situe à \_\_\_\_\_ atteste que le demandeur désigné a suivi le **Stage  
pratique 1 ou intégral** pour obtenir :

- le BAFA ou le  BAFA du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 le BAFA ou le  BAFA du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 en centre de vacances  autre, citez lequel \_\_\_\_\_

Code postal du lieu du stage \_\_\_\_\_

Le stagiaire a-t-il bénéficié d'une indemnité de stage  OUI  NON Si oui, quel montant \_\_\_\_\_ €

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Signature originale du représentant et cachet de l'organisme :**

**Stage d'approfondissement ou de qualification : imprimé à retourner à l'issue de ce stage pour le 2<sup>ème</sup> versement éventuel de l'aide**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ qualité \_\_\_\_\_  
représentant l'organisme de formation suivant \_\_\_\_\_ dont le siège social se  
situe à \_\_\_\_\_ atteste que le demandeur désigné a suivi la session   
**d'approfondissement**  de **qualification** du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

- en internat  en externat  en continu  en discontinu

Code postal du lieu du stage \_\_\_\_\_ N° d'habilitation \_\_\_\_\_  
Tarif de la session \_\_\_\_\_ € Montant payé par le stagiaire \_\_\_\_\_ €

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Signature originale du représentant et cachet de l'organisme :**