



BAFD : Demande d'aide à la formation de Directeur Formation Générale et Perfectionnement

Nom : Prénom

Date de naissance

Numéro allocataire Caf :

Adresse complète :

Commune : Code postal :

Téléphone : Portable :

Adresse mail :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR Je soussigné(e) certifie, sur l'honneur, que les renseignements portés sur cette demande sont exacts.

La loi rend passible d'amende ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art.L554-1 du code de la Sécurité Sociale, Art.441-1 du code pénal). L'organisme débi-teur de prestations familiales peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (Art.L335-2 du code de la Sécurité Sociale)

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 nous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Directrice de la Caisse d'Allocations Familiales qui verse les prestations.

Retournez cette demande dûment complétée et signée, **dans le délai de 3 mois maximum** à l'issue de votre stage, après avoir fait remplir l'attestation au verso par l'organisme compétent.

Pour les courriels les documents doivent être en format PDF uniquement.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

N'oubliez pas de joindre à cette demande, un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal.

Toute demande incomplète vous sera retournée.

BAFD : Attestation de Suivi
A remplir par l'organisme de formation

Je soussigné(e)

Qualité

Représentant (nom et adresse du siège social de l'association)

Atteste que le demandeur a suivi la session pour obtenir le BAFD

Stage de **Formation Générale**

Stage de **Perfectionnement**

du 20..... au 20.....

- En internat

- En externat

- En continu

- En discontinu

Code postal du lieu de stage :

Numéro d'habilitation :

Coût du stage : €

A

Le

Signature du représentant de l'association

Cachet de l'association

La demande ainsi que les pièces justificatives sont à envoyer à l'adresse mail **sous format pdf**
uniquement : familles@caf25.caf.fr

ou à l'adresse :
Caisse d'Allocations Familiales du Doubs - 2 rue Denis Papin – 25037 BESANÇON cedex

« Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication des données à caractère personnel la concernant et le cas échéant demander une rectification des informations. Ce droit d'accès s'exerce par courrier auprès de Madame la Directrice de la Caisse d'Allocations Familiales du Doubs, accompagné d'une copie d'une pièce d'identité ».