DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

DEMANDE D'AIDE BAFA : 1ère SESSION DE FORMATION GENERALE

N° allocataire : ☐☐☐☐☐☐☐

Quel est votre état civil ?

Votre nom _____ Votre prénom _____

Votre date de naissance _____ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Votre n° de Sécurité Sociale _____ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Votre n° allocataire si vous percevez des prestations ou celui de vos parents s'ils perçoivent des prestations _____ ☐☐☐☐☐☐☐

Adresse de la caisse d'Allocations familiales qui verse ces prestations _____

_____

Quelle est votre adresse ?

Votre adresse complète _____

Code postal ☐☐☐☐☐ Commune _____

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 JUSTIFICATIVE

N'oubliez pas de joindre à cette demande un relevé d'identité bancaire ou postal.
La demande doit être retournée dûment complétée et signée dans **les trois mois** suivant la date de fin de session.

BAFA 1 : Session de formation générale - attestation de suivi

A faire remplir par l'organisme de formation

Je soussigné(e) _____ qualité _____

représentant (nom et adresse du siège social de l'organisme de formation) _____

_____

atteste que le demandeur désigné a suivi la session de formation générale pour obtenir 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

Cachet de l'organisme