ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf
de la Mayenne

caf.fr

# BREVET D'APTITUDE AUX FONCTIONS DE DIRECTEUR
# BAFD

## Attestation sur l'honneur

L'aide de la Caf de la Mayenne sera limitée aux frais réellement engagés et elle ne sera pas attribuée si les frais de formation sont totalement pris en charge par un tiers (employeur, municipalité, association ...) ou par un autre organisme.

- **Coordonnées du stagiaire :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance ..... /..... /..... Lieu de naissance .....

N° de Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Votre n° Allocataire : ☐☐☐☐☐☐☐

Adresse complète : .....

.....

.....

N° de téléphone :..... Adresse électronique :.....@.....

| Organismes | **Session de formation générale** Montant accordé | **Session d'approfondissement** Montant accordé |
|---|---|---|
| Conseil Départemental de la Mayenne | ..... € | ..... € |
| E.pass Jeunes culture Sport de la Région Pays de la Loire | ..... € | ..... € |
| Mutualité Sociale Agricole (MSA) | ..... € | ..... € |
| Collectivité (mairie ...) : *Précisez le nom* ..... | ..... € | ..... € |
| Employeur : *Précisez le nom* ..... | ..... € | ..... € |
| Comité d'entreprise : *Précisez le nom* ..... | ..... € | ..... € |
| Autres *(précisez)* ..... ..... | ..... € | ..... € |
| *MONTANT TOTAL DES AIDES DES AUTRES ORGANISMES* | ..... € | ..... € |

**Attention : merci de compléter chaque montant même si celui-ci est égal à 0€.**

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

Le ..... Signature :

© Réalisation et impression : Caf de la Mayenne - 04/06/2010 - MAJ : 21/01/2025