



N° Allocataire : _____
(ou celui de vos parents)

Votre identité (1) :

Mme Mlle M. Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse (au moment de l'inscription au stage de formation générale ou d'approfondissement ou de qualification)

CP : _____ Ville : _____

Tel fixe : _____ Tel portable : _____ Mail : _____@_____

Situation familiale : Célibataire Marié(e)
 Divorcé(e) Séparé(e) depuis le ____/____/____

Situation professionnelle : _____ Depuis le : ____/____/____

Votre situation actuelle (1) :

- En poursuite d'étude
- En activité professionnelle
- Sans activité professionnelle
- Au chômage
- Bénéficiaire d'un contrat d'insertion
- Bénéficiaire d'une Allocation Formation Reclassement (AFR)
- Autre situation (arrêt de travail pour élever un enfant...)

Plan de financement de votre formation :

Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Saône :	_____ €
Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations	_____ €
Autres financeurs (préciser obligatoirement)	_____ €
_____	_____ €
_____	_____ €
Somme restant à votre charge	_____ €

(1) cocher la ou les cases correspondantes

Tourner SVP

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____ certifie sincères et véritables les renseignements portés sur cette demande. Je m'engage à signaler à la Caisse tous les changements qui la modifieraient.

Je déclare expressément accepter les conditions générales d'attribution des bourses pour la formation au Brevet d' Aptitude aux Fonctions de Directeurs de Centre de Vacances et de Loisirs et m'engage :

- à exercer une activité de directeur de centre de vacances et de loisirs au sein des organismes de la Haute-Saône et pour le compte des ressortissants de ce département
- à effectuer le stage de perfectionnement dans le délai réglementaire, sous peine de voir appliquer la clause de sanction prévue à l'article 2 du Règlement d'attribution.

A _____ le _____

Signature des parents
(Si le stagiaire est mineur)

Signature du stagiaire

NB : La CAF se réserve le droit de procéder à tout contrôle qu'elle estimera nécessaire. La CAF engagera des poursuites pénales à l'encontre de toute personne coupable de fraudes ou de fausses déclarations. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L. 554.1 du code de la Sécurité Sociale – Article 441.1 du Code Pénal)

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. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Direction de la Caisse d'Allocations Familiales qui verse des prestations.

Partie à faire compléter par l'organisme de formation

Je soussigné(e) _____ qualité _____

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

atteste que le demandeur désigné au recto est inscrit à la formation d'animateur :

- pour le stage de base (1)
- pour le stage de perfectionnement (1)

Date du stage _____ / _____ / _____

Lieu de stage : _____

Fin du stage _____ / _____ / _____

Coût du stage : _____ €

N° d'habilitation _____

A _____ le _____

Signature

Cachet de l'organisme

Partie à faire compléter par l'employeur

Exposé de votre engagement vis à vis du stagiaire (l'exposé devra préciser obligatoirement la nature et la durée du contrat de travail)

Signature

Nom / Prénom / Cachet de l'employeur