



# Demande d'aide pour le Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur (Bafd)

## Session générale et perfectionnement

### A remplir par le demandeur :

Votre n° allocataire (ou celui de vos parents) : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Votre nom : .....

Votre prénom : .....

Votre date de naissance : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Votre âge : |\_\_\_\_|

Votre numéro de sécurité sociale : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Votre adresse complète : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Votre n° de téléphone : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Nous autorisez- vous à vous contacter à ce numéro ? Oui  Non

Votre adresse électronique : .....

Nous autorisez-vous à vous contacter à cette adresse ? Oui  Non

Percevez-vous des Prestations Familiales ? Oui  Non

Si oui, de quel organisme<sup>1</sup> ?

Caf 06

Msa

Autre (préciser nom et adresse) : .....

- **ATTESTE SUR L'HONNEUR** que je suis inscrit(e) à une formation **Bafd** (Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur) à titre individuel et spontané.
- Le coût de cette formation n'est **pas pris en charge** par mon employeur dans le cadre d'un plan de formation.

Date et signature<sup>2</sup> :

<sup>1</sup> Vous devez obligatoirement joindre tout document justifiant de l'appartenance au Régime Général de la Sécurité Sociale (Carte d'étudiant ou bulletin de salaire du mois du stage ou attestation d'inscription à Pôle Emploi ...).

<sup>2</sup> Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des informations fournies et autorise le traitement informatique des renseignements donnés dans le respect des dispositions de la loi 78 – 17 du 06 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Je prends connaissance du fait qu'ils pourront être vérifiés. Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait.



\*00000001020000000000\*

A remplir par le demandeur : Votre n° allocataire (ou celui de vos parents) : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
Votre nom : ..... Votre prénom : .....

**BAFD 1 : SESSION DE FORMATION GENERALE - ATTESTATION D'INSCRIPTION**  
**- à retourner lors de l'inscription -**

**À faire remplir par l'organisme de formation :**

Je soussigné(e)....., agissant en qualité de .....  
....., représentant (nom et adresse du siège social de l'organisme de formation) : .....

N° habilitation SDJES : .....

Atteste que (nom et prénom du stagiaire) : .....

est inscrit à la session de formation BAFD générale qui se déroule à (lieu du stage) :  
.....

du |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| au |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|.

Coût du stage : ..... € (1)

A déduire aide autre organisme : ..... € (2)

A déduire aide Caf 06 : ..... € (3)

(Pour mémoire : aide de 350 € maximum)

Montant réglé par le stagiaire : ..... € (1-2-3)

L'aide de la Caf des Alpes-Maritimes est versée directement à l'organisme de formation conventionné.

**L'organisme de formation s'engage à signaler à la Caf des Alpes-Maritimes la non-réalisation de la session générale par le stagiaire à l'adresse courriel suivante afi@caf06.caf.fr et à rembourser le montant de l'aide indument perçu.**

Fait à (ville) : ....., le |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Signature et cachet de l'organisme de formation :



\*00000001020000000000\*

A remplir par  
le demandeur :

Votre n° allocataire (ou celui de vos parents) : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Votre nom : ..... Votre prénom : .....

### **BAFD 3 : SESSION DE PERFECTIONNEMENT - ATTESTATION D'INSCRIPTION**

**- à retourner lors de l'inscription -**

A faire remplir  
par l'organisme  
de formation :

Je soussigné(e)....., agissant en qualité de .....  
....., représentant (nom et adresse du siège social de l'organisme de  
formation) : .....

N° habilitation SDJES : Atteste que (nom et prénom du stagiaire) : .....

est inscrit à la session de BAFD perfectionnement qui se déroule à (lieu du stage) :  
.....

du |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| au |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_|.

Coût du stage : ..... € (1)

A déduire aide autre organisme : ..... € (2)

A déduire aide Caf 06 : ..... € (3)

(Pour mémoire : aide Caf 06 = 200 € maximum)

Montant réglé par le stagiaire : ..... € (1-2-3)

L'aide de la Caf des Alpes-Maritimes est versée directement à l'organisme de formation conventionné.

**L'organisme de formation s'engage à signaler à la Caf des Alpes-Maritimes la non-réalisation de la session de perfectionnement par le stagiaire à l'adresse courriel suivante afi@caf06.caf.fr et à rembourser le montant de l'aide indument perçu.**

Fait à (ville) : ..... , le |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_|

Signature et cachet de l'organisme de formation :



\*00000001020000000000\*



**Aide BAFD**  
**Note explicative**  
**(ne pas renvoyer à la Caf)**

### **1. Conditions générales**

Des aides sont attribuées par l'action sociale de la Caf des Alpes-Maritimes pour l'obtention du Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur (BAFD) aux conditions suivantes :

- Avoir entre 18 et 25 ans
- Être domicilié dans le département des Alpes-Maritimes
- Être affilié au régime général
- Financer sa formation sans l'aide d'un employeur
- Être inscrit à une formation de BAFD auprès d'un organisme habilité
- Verser prioritairement en tiers payant à l'organisme de formation qui a signé une convention avec la Cafam.

### **2. Montant de l'aide**

Depuis janvier 2026, les montants sont les suivants :

**Formation générale : 350 €**

**Perfectionnement : 200 €**

### **3. Pièce à joindre au dossier :**

- La demande d'aide et l'attestation d'inscription dument complétées par le stagiaire et signées par l'organisme de formation sont à retourner à l'adresse suivante :

Caisse d'Allocations familiales des Alpes-Maritimes  
Pôle Aides financières Individuelles  
06175 NICE Cedex 2