



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 organisme¹ ?

☐ 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 signature² : _____

¹ 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 ...).

² 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 dûment 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