

DEMANDE D'AIDE A LA FORMATION BAFD

Brevet d'Aptitude aux Fonctions des Directeur en accueil collectif de mineurs

Vous pouvez bénéficier d'une aide de 200€ à l'issue de votre parcours de formation.

Coordonnées du demandeur

Nom : Prénom :

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

N° de Sécurité Sociale

Adresse complète
.....

Numéro de téléphone : adresse mail :

Si vous êtes fiscalement rattaché(e) à vos parents	Si vous n'êtes pas fiscalement rattaché(e) à vos parents
Nom et adresse de vos parents (si différente de la vôtre)	Vous êtes :
Perçoivent-ils des prestations familiales ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Etudiant(e) <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/>
Si oui de quel organisme ? CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> précisez nom et adresse	Salarié(e) <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/>
Leur n° allocataire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autre situation (précisez) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si oui de quel organisme ? CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> précisez nom et adresse
	Votre n° allocataire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PIECE A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER	
→ copie de votre (ou de vos) attestation(s) de stage (quel que soit le stage suivi) ou de votre diplôme	

Déclaration sur l'honneur

La loi rend passible d'amende ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L 554-1 du Code de la Sécurité Sociale. Art. 44161 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.