|  |  |
| --- | --- |
|  | **DEMANDE DE BOURSE DE FORMATION**  **POUR LE BREVET D’APTITUDE AUX FONCTIONS D’ANIMATEURS OU DE DIRECTEUR DE CENTRES DE VACANCES ET DE LOISIRS**  Demande pour  BAFA  BAFD |

N°Allocataire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ou celui de vos parents s’ils perçoivent des prestations)

|  |
| --- |
|  |

**Votre identité :**

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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tél. fixe :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tél. portable :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Situation familiale : |  Célibataire |  Vie maritale |  Marié(e) |  PACS |  Divorcé(e) |
|  |  Séparé(e) depuis le \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | |

**Adresse de la Caisse d’Allocations Familiales qui verse les prestations :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**Situation professionnelle :**

En poursuite d’études (lycéen-étudiant-apprenti) 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 (à compléter obligatoirement) :**

Caisse d’Allocations Familiales de la Haute-Saône : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l’Engagement et aux Sports (DRAJES) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Autres financeurs (à préciser obligatoirement) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**Somme restant à votre charge** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**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 d’Animateurs de Centre de Vacances et de Loisirs et m’engage :

- à exercer une activité d’animateur 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 Signature du stagiaire

(Si le stagiaire est mineur)

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.

|  |
| --- |
| BAFA 1 : Session de formation générale – attestation de suivi |

|  |  |
| --- | --- |
| **A faire remplir par l’organisme de formation** | Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qualité \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  représentant (nom et adresse du siège social de l’organisme de formation) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  atteste que le demandeur désigné a suivi la session de formation générale pour obtenir le BAFA |

du \_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_ en internat en externat

en continu en discontinu

Code postal du lieu du stage /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ N°d’habilitation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tarif de la session \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ Montant payé par le stagiaire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cachet de

Signature originale du représentant l’association



***ATTENTION*** :

**DES VOTRE INSCRIPTION AU STAGE DE BASE, VOUS AVEZ UN DÉLAI MAXIMUM DE 3 MOIS POUR NOUS RETOURNER CETTE PREMIÈRE DEMANDE.**

***N.B. : SI VOUS SOUHAITEZ BENEFICIER DE CETTE AIDE POUR LE STAGE DE BASE IL NE FAUT EN AUCUN CAS ATTENDRE L’INSCRIPTION AUX AUTRES STAGES AVANT DE NOUS RETOURNER L’IMPRIME AU RISQUE DE DEPASSER LE DELAI IMPARTI DE 3 MOIS.***

|  |
| --- |
| BAFA 3 : Attestation d’inscription à la session d’approfondissement ou de qualification |

|  |  |
| --- | --- |
| **A faire remplir par l’organisme de formation** | Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qualité \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  représentant (nom et adresse du siège social de l’organisme de formation) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  atteste que le demandeur désigné est inscrit à la session |

d’approfondissement de qualification

en internat en externat en continu en discontinu

du \_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal du lieu du stage /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ N°d’habilitation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tarif de la session \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ Montant payé par le stagiaire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

La session est-elle centrée sur l’accueil du jeune enfant ? OUI NON

**Si vous bénéficiez d’une dispense, joignez la photocopie certifiée conforme du brevet ouvrant droit à la dispense.**

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cachet de

Signature originale du représentant l’association

***ATTENTION*** :

**DES VOTRE INSCRIPTION AU DERNIER STAGE D’APPROFONDISSEMENT OU DE QUALIFICATION, VOUS AVEZ UN DÉLAI MAXIMUM DE 3 MOIS POUR NOUS RETOURNER CETTE DEMANDE.**