BREVET D'APTITUDE AUX FONCTIONS D'ANIMATEUR/ DE DIRECTEUR DE CENTRE DE VACANCES ET DE LOISIRS

00000000729500000000

STAGE DE PERFECTIONNEMENT

Nom du stagiaire : Prénom :

Date de naissance : N° de Sécurité Sociale

Adresse :

Etes-vous : Etudiant - Scolarisé - Sans profession – Salarié *(rayer les mentions inutiles)*

Percevez-vous une indemnité de chômage ? ☐ oui ☐ non

Si vous êtes étudiant ou scolarisé

Nom du chef de famille : N° Alloc :

Employeur du chef de famille :

ATTESTATION DE PRESENCE A LA SESSION ET DE VERSEMENT DES FRAIS DE FORMATION

Animateur ☐ Directeur ☐

Du _____au_____ suivi à _____
(nom et code postal de la commune)

Organisme de formation :

Formation : en cours ☐
terminée ☐

Prix de la session	
Aide financière reçue*	
Somme effectivement payée par le stagiaire	

(*) Il faut signaler ici l'aide financière accordée par certains comités d'établissements, municipalités, organismes divers, bourses d'Etat.

LE CHEF DE LA SESSION OU LE RESPONSABLE DE L'ORGANISME

CACHET DE L'ORGANISME DE FORMATION

Pôle aides financières individuelles d'action sociale
Caisse d'allocations familiales du Territoire de Belfort – 12 rue Strolz – 90009 Belfort Cedex
☎ 0820 25 90 10 –www.caf.fr