



Aide au BAFA 2026
réservée aux habitants des communes de la CCPIF
Dossier d'inscription et de demande de financement

Modalités au 01.12.2025 susceptibles de modifications et dans la limite du budget alloué à cette action

La Communauté des Communes Les Portes d'Ile-de-France (CCPIF), avec l'aide des services de l'Etat et de la CAF des Yvelines, propose une aide au BAFA : financement de la formation, accueil en stage pratique et accès à l'emploi.
Les demandes sont à adresser au FLES des Yvelines.

Formations financées : Formation générale (1^{ère} partie) et **Approfondissement** (3^{ème} partie)

Bénéficiaires : Personnes de plus de 16 ans domiciliées sur le territoire de la CCPIF et accompagnées par un prescripteur (Mairie, CCAS, Mission Locale ou association) dans leur projet de formation – Priorité sera donnée aux jeunes de moins de 26 ans non scolarisés et sans emploi.

Informations générales sur la formation BAFA : bafa-bafd.jeunes.gouv.fr

Inscription et financement : un seul dossier, ci-après, pour les 2 formations et un seul interlocuteur : le FLES

Consignes importantes

- Le dossier doit être rempli de façon **très lisible**.
- **Toutes les rubriques** des différents documents doivent être renseignées.
- La photocopie recto/verso de la pièce d'identité doit être **très lisible, agrandie si nécessaire**.
- Le formulaire CAF "Déclaration de situation" doit être **au nom de l'allocataire** :
 - les parents si le jeune est sur le matricule de ses parents avec un dossier CAF actif
 - le jeune lui-même s'il est allocataire en titre ou s'il n'est pas allocataire et qu'il n'est pas sur le dossier CAF de ses parents ou que le dossier CAF des parents est radié
- Les pièces du dossier doivent être scannées dans **1 seul fichier** et transmises par mail par le prescripteur au FLES. Le bénéficiaire doit être en copie du mail.
- Les formations sont financées par la CAF et la CCPIF. Le bénéficiaire règle seulement une participation de 50 €.

Le FLES informera le candidat et le prescripteur de la prise en compte du dossier.
L'organisme de formation convoquera ensuite directement le candidat.



Tel. 01 34 82 52 37
fles.contact@gmail.com



Candidature pour l'aide au BAFA 2026 réservée aux habitants des communes de la CCPIF

L'ORGANISME PRESCRIPTEUR (Mairie, CCAS, Mission Locale, Collectivité ou association)

Établissement _____ Interlocuteur _____

Tel. _____ Email _____

LE CANDIDAT

NOM _____ Prénom _____

Mobile _____ Email _____

Commune de résidence _____ Age _____

Situation : Scolarisé ☐ • Non scolarisé ☐ • En emploi ☐ • Sans emploi ☐

CURSUS DE FORMATION

• Formation générale (1^{ère} partie) à Mantes-la-Jolie

Avec IFAC : du 18 au 25 avril ☐ / du 4 au 11 juillet ☐

Autres sessions sur www.ifac-formation.fr/

Avec FSCF : du 1 au 8 mars ☐ / du 18 au 25 avril ☐ / du 28 juin au 5 juillet ☐

Autres sessions sur www.fscf.asso.fr/calendrier-des-formations

• **Le stage pratique** (2^{ème} partie) de 14 jours sera à réaliser après la formation générale et avant l'approfondissement dans un accueil collectif de mineurs, pendant les vacances scolaire d'avril et/ou de juillet. Les centres de loisirs de la CCPIF vous accueilleront volontiers.

• **Approfondissement** (3^{ème} partie) : La session sera à choisir lorsque le stage pratique sera réalisé.

A ENVOYER AU FLES

Pour tous les candidats

- ☐ 1. Le présent formulaire signé et tamponné (1 page)
- ☐ 2. La fiche d'inscription avec n° de dossier à demander sur bafa-bafd.jeunes.gouv.fr (1 page)
- ☐ 3. Une copie très lisible de la pièce d'identité recto/verso, agrandie si nécessaire
- ☐ 4. La participation de 50 € sera à régler par virement après validation du dossier par le FLES
IBAN : FR76 3000 3021 9900 0372 8384 967 • BIC : SOGEFRPP
Indiquez comme motif de virement "BAFA" et NOM Prénom du candidat

Et pour les moins de 26 ans non scolarisés et sans emploi

- ☐ 5. Les documents CAF *Déclaration de situation, Aide au BAFA, Demande d'aide Approfondissement, Demande de versement de l'aide à l'organisme de formation* (6 pages)

Le candidat s'engage à suivre le cursus complet de formation BAFA, à avertir le FLES avant la formation en cas de désistement ou d'empêchement et transmettre un justificatif en cas d'absence imprévue.

Signature

Le prescripteur s'engage à accompagner le candidat dans son projet de formation BAFA.

Signature et cachet

Le prescripteur transmet au FLES par mail tous les documents complétés et très lisibles,
dans un seul fichier à fles.contact@gmail.com

FICHE D'INSCRIPTION BAFA



L'inscription en ligne auprès du ministère de la jeunesse est obligatoire pour obtenir votre numéro d'inscription et pouvoir participer à la formation. Sans ce numéro nous ne pourrions pas valider votre inscription.

www.jeunes.gouv.fr/bafa-bafd

N°								-				
----	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--



STAGE

Formation générale ☐ Approfondissement ☐

Code de stage : Dates de stage :

STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Tél : Tél d'urgence :

Email :

AUTORISATION PARENTALE

pour les stagiaires mineurs

À faire remplir obligatoirement par l'un des parents ou tuteurs du stagiaire mineur avant le premier jour du stage.

Je soussigné(e) (Prénom NOM) :

père, mère, représentant légal, autorise l'enfant (Prénom NOM) :

..... à s'inscrire à un stage de formation organisé par ifac et à pratiquer toutes les activités de ce stage, à voyager seul(e) pour se rendre sur le lieu du stage et en revenir seul(e). Dans le cas d'un transport organisé par ifac, la responsabilité d'ifac commence à la montée dans le car et se termine à la descente. J'autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : le

Signature avec les mentions « Lu et Approuvé » et « Bon pour autorisation parentale » :

CONDITIONS GÉNÉRALES D'INSCRIPTION

☐ J'ai bien pris connaissance des conditions générales d'inscription disponibles sur le site <https://ifac-formation.fr/pages/cgv> ou en version papier auprès des antennes ifac.

Fait à : le

Signature avec les mentions « Lu et Approuvé » :





Photo

TYPE DE FORMATION SOUHAITÉE

- ☐ BAFA formation générale ☐ BAFD formation générale
☐ BAFA approfondissement ☐ BAFD perfectionnement
☐ BAFA approfondissement + brevet de surveillant de baignade
☐ BAFA approfondissement + PSC 1 ☐ Brevet de surveillant de baignade
☐ Recyclage surveillant de baignade

Dates du stage :

Régime : ☐ Pension complète ☐ 1/2 pension ☐ Externat

Lieu :

Thème :

J'ai déjà effectué une formation BAFA et ou BAFD avec la FSCF : ☐ Oui ☐ Non

OBLIGATOIRE : N° d'inscription Jeunesse et Sport
(Obtenu après inscription en ligne sur www.bafa-bafd.gouv.fr)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

E-mail :

Date de naissance :

Je suis porteur d'un handicap : ☐ Oui ☐ Non

Notre référent handicap vous contactera lors de l'accusé réception de l'inscription.

Je suis membre d'une association FSCF : ☐ Oui ☐ Non

Numéro de licence :

Je suis membre d'une structure partenaire* : ☐ Oui ☐ Non

Nom de la structure :

Je bénéficie d'une prise en charge financière : ☐ Oui ☐ Non

Organisme : Montant : €

Je suis demandeur d'emploi, numéro d'identifiant OBLIGATOIRE :

ALLERGIES OU RÉGIMES ALIMENTAIRES SPÉCIFIQUES :

Pour bénéficier d'un régime particulier, seule une prescription médicale écrite et émanant d'un professionnel de la santé sera considérée comme valide, et - jointe au dossier d'inscription -, permettra une adaptation des menus du stagiaire concerné.

ACCORDS ET AUTORISATIONS

À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DU STAGIAIRE MINEUR

Je soussigné(e) (père - mère - tuteur légal) :

accepte les conditions générales de vente et d'inscriptions* et autorise Mme / Mr :

- ☐ à s'inscrire au stage BAFA (type) se déroulant du / / au / / et à pratiquer toutes les activités prévues lors du stage ;
- ☐ à voyager seul(e) pour se rendre sur le lieu du stage et en revenant ;
- ☐ à voyager seul(e) en cas de renvoi décidé par le directeur de la session ;
- ☐ à être véhiculé(e) par la FSCF ;

AUTORISE TOUT MÉDECIN, LE CAS ÉCHÉANT :

- ☐ à prescrire de toute urgence tout traitement médical approprié ;
- ☐ à faire hospitaliser et pratiquer toute intervention chirurgicale, rendue nécessaire par l'état de santé du stagiaire. Dans ce cas, je m'engage à rembourser intégralement la FSCF des frais avancés ;

AUTORISE LA FÉDÉRATION SPORTIVE ET CULTURELLE DE FRANCE :

- ☐ à utiliser l'image du stagiaire à des fins de communication interne et externe, sur différents supports (plaquettes, sites internet institutionnels, affiches, flyers, clips, etc.) ;
- ☐ à utiliser les coordonnées du stagiaire pour le tenir informé d'actualités concernant l'animation (newsletters, offres d'emploi, etc.)

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE MAJEUR

Je soussigné(e) :

accepte les conditions générales de vente et d'inscription* et autorise la Fédération Sportive et Culturelle de France :

- ☐ à utiliser mon image à des fins de communication interne et externe, sur de différents supports (plaquettes, site internet institutionnel, affiches, flyers, clips, etc.) ;
- ☐ à utiliser mes coordonnées pour me tenir informé(e) d'actualités concernant l'animation (newsletter, offres d'emploi, etc.)

*Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) ainsi que pour connaître les conditions générales de ventes et d'inscription (CGVI), rendez-vous sur le site internet www.fscf.asso.fr/bafabafad.

Fait à :

le : / /

Signature

ADMINISTRATIF

Constitution du dossier (dossier à renvoyer complet)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Fiche d'inscription | ☐ Photo | ☐ Fiche « Accords et Autorisations » |
| ☐ Paiement - acompte (150€) | ☐ Paiement solde | ☐ Photocopie pièce d'identité |
| ☐ Analyse des besoins | ☐ CGVI | ☐ Règlement intérieur |



santé
famille
retraite
services

Déclaration de situation pour les prestations familiales et les aides au logement



11423*06

Livres V et VIII du code de la Sécurité sociale
Livre III du code de la construction et de l'habitation

Une seule déclaration de situation suffit, même pour plusieurs demandes de prestations.

Répondez à toutes les questions qui vous concernent, joignez toutes les pièces justificatives demandées, n'oubliez pas de dater et signer votre déclaration de situation.

► Allocataire

Personne qui demande les prestations familiales et qui est responsable du dossier

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de famille (de naissance) : _____

Nom d'usage : _____
(facultatif et s'il y a lieu)

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : ville _____ département ____

Ou pays en cas de naissance à l'étranger : _____

Nationalité :

☐ Française ☐ UE, EEE* ou Suisse ☐ autre

Numéro de Sécurité sociale :

____/____/____/____/____/____

Date d'entrée en France si vous résidiez à l'étranger :

____/____/____

* Cf liste des pays en page 4

Si vous êtes inscrit à la Caf/MSA de votre département ou avez été inscrit, au cours des 2 dernières années, en France ou à l'étranger, auprès d'un organisme versant des prestations ou avantages familiaux, précisez :

Nom de l'organisme : _____

Pays : _____

Numéro d'allocataire ou numéro de dossier : _____

► Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de famille (de naissance) : _____

Nom d'usage : _____
(facultatif et s'il y a lieu)

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : ville _____ département ____

Ou pays en cas de naissance à l'étranger : _____

Nationalité :

☐ Française ☐ UE, EEE* ou Suisse ☐ autre

Numéro de Sécurité sociale :

____/____/____/____/____/____

Date d'entrée en France s'il résidait à l'étranger :

____/____/____

* Cf liste des pays en page 4

S'il est inscrit à la Caf/MSA de son département ou a été inscrit, au cours des 2 dernières années, en France ou à l'étranger, auprès d'un organisme versant des prestations ou avantages familiaux, précisez :

Nom de l'organisme : _____

Pays : _____

Numéro d'allocataire ou numéro de dossier : _____

► Votre adresse

Votre adresse complète : _____

Code postal : ____ Commune : _____ Pays : _____

Numéros de téléphone - Domicile : ____ Autre (travail ou portable) : ____

Adresse mël : _____ @ _____

Depuis quelle date résidez-vous à cette adresse ? : ____/____/____

Combien de personnes vivent à votre domicile (y compris vous et votre conjoint) ? : _____

• Si vous vivez en couple et que votre conjoint, concubin ou pacsé réside à l'étranger, précisez :

le pays : _____ depuis quelle date : ____/____/____

⚠ Pour bénéficier des prestations familiales, vous et vos enfants devez résider habituellement en France, sauf si votre situation relève des règlements communautaires ou d'accords internationaux.

S 7103 j - 10/2013

Emplacement réservé

Date de la demande 17/04/2014

DSIT

Page 1/4

IDX W 1005004 U



2 Déclaration de situation pour les prestations familiales et les aides au logement

► Situation familiale

Vous vivez en couple

- ☐ Vous vivez en couple sans être marié ni pacsé depuis le ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- ☐ Vous êtes marié depuis le ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- ☐ Vous êtes pacsé depuis le ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- ☐ Vous avez repris la vie commune depuis le ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Vous vivez seul(e)

- ☐ Vous êtes célibataire
- ☐ Vous êtes divorcé depuis le ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- ☐ Vous êtes séparé légalement (séparation sans divorce avec intervention du juge) depuis le ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- ☐ Vous êtes séparé sans intervention du juge ou avez rompu votre pacs depuis le ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- ☐ Vous êtes veuf ou veuve depuis le ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Parents séparés

• Si l'autre parent d'un de vos enfants est dans une ou plusieurs des situations suivantes, cochez la(les) case(s) correspondante(s) :

- ☐ il réside dans un des Etats de l'UE, EEE* (hors France) ou en Suisse
- ☐ il travaille pour un employeur dont le siège est situé dans l'un de ces pays
- ☐ il perçoit une pension (retraite, invalidité), ou une indemnisation (maladie, chômage) de l'un de ces pays
- Une pension alimentaire est-elle fixée et/ou versée pour vos enfants par l'autre parent ? ☐ oui ☐ non

* Cf liste des pays en page 4

► Enfants à votre charge et autres personnes de votre foyer

Si besoin, vous pouvez déclarer d'autres enfants ou personnes sur papier libre à joindre à ce formulaire.

Nom et prénoms (dans l'ordre de l'état civil)	Date et lieu ou pays de naissance	Date d'arrivée au foyer et lien de parenté (Fille, fils, nièce, neveu, enfant recueilli, parent, aucun lien...)	Situation actuelle (Scolarité, apprentissage, activité professionnelle...*)	Enfant résidant à l'étranger	Enfant en résidence alternée**
1.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		☐	☐
2.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		☐	☐
3.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		☐	☐
4.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		☐	☐
5.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		☐	☐

* Si l'enfant est salarié ou apprenti, précisez son dernier salaire net mensuel et la date de début de son activité, et date de fin de contrat si apprenti.

** En cas de séparation et de résidence alternée d'un ou plusieurs de vos enfants entre votre domicile et celui de l'autre parent, vous pouvez demander le partage des allocations familiales. Téléchargez le formulaire «Enfant(s) en résidence alternée - Déclaration et choix des parents» sur caf.fr ou msa.fr ou demandez-le à votre Caf ou MSA.

► Si vous êtes âgé(e) de moins de 25 ans ou si votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) est âgé(e) de moins de 25 ans

⚠ Si vous demandez des prestations, vos parents et/ou ceux de votre conjoint ne pourront plus bénéficier des prestations qu'ils perçoivent pour vous en tant qu'enfant à leur charge.

	■ Parents de l'allocataire	■ Parents du conjoint, concubin ou pacsé
L'un de vos parents perçoit-il pour vous des prestations familiales, Apl, Rsa... ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Si oui , Nom du parent allocataire :		
Prénoms :		
Adresse :		
Code postal et commune :	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Organisme de prestations familiales :		
Numéro d'allocataire (s'il en possède un) :	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Numéro de sécurité sociale :	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Emplacement réservé

Déclaration de situation pour les prestations familiales et les aides au logement

► **Situation(s) professionnelle(s) actuelle(s)**

- | | | |
|--|---|---|
| <p>☒ Salarié (<i>y compris en préretraite progressive</i>)</p> <p>Nature du contrat (<i>Cdd, Cdi, intérim, etc.</i>) .</p> <p>☒ Apprenti</p>
<p>☒ Stagiaire de la formation professionnelle ..</p> <p>☒ Travailleur indépendant ou employeur</p> <p>☒ Non salarié agricole</p> <p>☒ Auto-entrepreneur</p> <p>☒ Conjoint collaborateur</p> <p>Pour toutes ces situations, précisez :</p> <p>S'il y a lieu, le nom de l'employeur ou de l'organisme de formation et son adresse :</p> <p>Vous ou votre employeur cotisez en France :</p> <p style="padding-left: 100px;">à l'étranger :</p>
<p>☒ Chômeur (indemnisé ou non).....</p> <p>Si indemnisé, précisez l'organisme</p> <p>S'agit-il de chômage partiel ?</p> <p>☒ Retraité, pensionné (<i>y compris en préretraite totale</i>) .</p> <p>De quel(s) régime(s) percevez-vous une pension ?</p> <p>☒ En maladie</p> <p>☒ Autre cas (<i>congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention sauf régime de semi-liberté, longue maladie, etc.</i>):</p> <p>Nom et adresse de l'établissement en cas d'hospitalisation ou de détention :</p> <p>Si pour une de ces situations, les indemnités ou pensions sont versées par un pays étranger :</p>
<p>☒ Etudiant</p> <p>☒ Sans activité professionnelle</p> | <p>☐ Allocataire</p> <p>☐ depuis le _____ fin le :_____</p> <p>☐ depuis le _____ fin le :_____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p>
<p>☐ à l'Urssaf ☐ à la MSA (<i>régime agricole</i>)</p> <p>☐ autre régime, lequel ? _____</p> <p>☐ précisez le pays : _____</p>
<p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ oui ☐ non</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>Précisez la situation : _____</p>
<p>Nom de l'organisme et pays : _____</p>
<p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis toujours</p> | <p>☒ Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)</p> <p>☐ depuis le _____ fin le :_____</p> <p>☐ depuis le _____ fin le :_____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p>
<p>☐ à l'Urssaf ☐ à la MSA (<i>régime agricole</i>)</p> <p>☐ autre régime, lequel ? _____</p> <p>☐ précisez le pays : _____</p>
<p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ oui ☐ non</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>Précisez la situation : _____</p>
<p>Nom de l'organisme et pays : _____</p>
<p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis le _____</p> <p>☐ depuis toujours</p> |
|--|---|---|

► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints.

Fait à : _____ Le :

Si le signataire est un représentant de l'allocataire, précisez ci-dessous
ses nom, prénom, qualité et adresse :

Signature de l'allocataire ou de son représentant

Vous avez l'obligation de signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

La Caf/MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L.114-19 du code de la Sécurité sociale). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Articles L.114-9 - dépôt de plainte de la Caisse pouvant aboutir à : travail d'intérêt général, amende ou peine de prison, L. 114-13 - amende, L. 114-17 du code de la Sécurité sociale - prononcé de pénalités).

La loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Emplacement réservé

N° allocataire : _____ N° de Sécurité sociale _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

☐ **Bafa** ☐ **Bafd**

Nom et prénom des stagiaires :



Aide au Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur (Bafa)
ou de directeur (Bafd)

Cette aide, sous forme de subvention, participe au financement du premier stage du Bafa ou du Bafd.

Le bénéficiaire doit être âgé au minimum de 16 ans et domicilié dans les Yvelines. Le versement de cette aide est effectué directement sur le compte du bénéficiaire sur présentation :

- d'un Rib du stagiaire (en l'absence du Rib du stagiaire, le versement sera effectué sur le compte présent dans le dossier allocataire),
- de l'attestation de présence du premier stage (formation générale), complétée par l'organisme habilité. Cette attestation doit être transmise **au plus tard 6 mois après la fin du stage**,
- de la facture acquittée.

À _____

Le _____

Signature :

Ce dossier doit être adressé à :

Caf des Yvelines
78090 YVELINES CEDEX 9

CONTRÔLE :

Les services de la Caf peuvent être amenés à effectuer un contrôle sur place avant l'attribution d'une aide et/ou après son versement.

FRAUDES :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de manœuvres frauduleuses ou de fausses déclarations (Art. L. 554-1 du Code de la Sécurité sociale). L'organisme débiteur des prestations familiales peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (Art. L. 583-3 du Code de la Sécurité sociale).

N° allocataire :

Vous avez commencé une formation pour obtenir le brevet d'aptitude à la fonction d'animateur de centre de vacances et de loisirs (BAFA).

Dès confirmation de votre inscription à la session d'approfondissement ou de qualification (2e session de la formation théorique), la caisse d'Allocations familiales peut vous accorder une aide financière, quel que soit le montant de vos ressources.

Retournez-lui cette demande dûment complétée et signée dans le délai de **trois mois maximum** suivant votre inscription, après avoir fait remplir par les organismes compétents les trois attestations annexées.

N'oubliez pas de joindre les pièces justificatives demandées. Toute demande incomplète vous sera retournée.

La caisse d'Allocations familiales.

**Quel est votre
état civil ?**

Votre nom Votre prénom

Votre date de naissance

Votre n° de Sécurité Sociale

Votre numéro d'allocataire si vous percevez des prestations

ou celui de vos parents s'ils perçoivent des prestations

Adresse de la caisse d'Allocations familiales qui verse ces prestations

Quelle est votre adresse ?

(au moment de l'inscription en stage
d'approfondissement ou de qualification)

Votre adresse

Code postal Commune

**Quel est votre
situation actuelle ?**

- vous suivez des études ou une formation professionnelle (lycéen, étudiant, apprenti...) ☐
- vous êtes en activité professionnelle ☐
- vous êtes sans activité professionnelle ☐
- vous êtes au chômage ☐
- vous êtes bénéficiaire d'un contrat d'insertion ☐
- vous êtes bénéficiaire d'une allocation formation-reclassement (AFR) ☐
- autre situation ☐
(militaire appelé, arrêté d'activité pour élever un enfant...)

**Déclaration sur
l'honneur**

La loi rend passible d'amende
et/ou d'emprisonnement
quiconque se rend coupable
de fraudes ou de fausses
déclarations (Art. L 554-1 du
Code de la Sécurité Sociale.
Art. 441-1 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.

PIÈCE JUSTIFICATIVE

N'oubliez pas de joindre à cette demande un relevé d'identité bancaire ou postal.

S. 9114b



CAF des Yvelines
Service des Interventions Sociales et Familiales

78090 YVELINES CEDEX 9

**Demande de versement de l'aide au BAFA
à l'organisme de formation**

Je soussigné (NOM, Prénom du bénéficiaire)

demande que l'aide au BAFA soit directement versée
à l'organisme de formation

Avec mes remerciements

Fait le _____

Signature