

DEMANDE DE FORMATION • BAFA 2020

Le dossier complet, rempli de façon très lisible est à transmettre par mail au FLES dans 1 seul fichier, au moins 3 semaines avant les dates souhaitées.

L'EMPLOYEUR

Établissement _____ Interlocuteur _____

Tel. _____ Email _____

LE SALARIÉ

NOM _____ Prénom _____ Mobile _____

PEC • CDDI en SIAE • Date de fin de contrat : /___/___/___/ • CDDU en AI

Autre statut _____ • Reconnaissance officielle de handicap ?

LA FORMATION

• Informations sur le BAFA et N° de dossier sur www.bafa-bafd.jeunes.gouv.fr

• Dates et lieu de formation sur www.bafa-bafd.net (avec l'IFAC, en Ile-de-France et externat)

Formation générale • **Approfondissement** : Thème choisi _____

Choix 1 : Dates : du _____ au _____ Lieu _____

Choix 2 : Dates : du _____ au _____ Lieu _____

A JOINDRE

Fiche d'inscription IFAC avec N° de dossier

Copie pièce d'identité recto/verso lisible

Déclaration de situation

Déclaration ressources 2018

Demande de versement de l'aide CAF à l'IFAC

Questionnaire FSE

+ pour la formation générale

Document "Aide au BAFA"

+ pour l'approfondissement

Demande d'aide approfondissement avec page 2 (BAFA 1 et BAFA 2) complétée et tamponnée

Certificats Formation générale et Stage pratique validés par la DDCS

ENGAGEMENTS

Le salarié s'engage

- à suivre la formation
- à avertir le FLES avant la formation en cas d'abandon ou d'empêchement
- à transmettre au FLES un justificatif en cas d'absence imprévue

Signature du salarié

L'employeur s'engage

à libérer le salarié aux dates et horaires de la formation et à prévenir au plus vite le FLES en cas d'empêchement.

L'employeur atteste que les informations ci-dessus sont exactes et s'engage à communiquer un justificatif du contrat d'insertion sur demande du FLES.

Signature + Cachet de l'employeur

Date :

Pour tout renseignement : Tel. **01.34.82.52.37**

A transmettre au FLES par MAIL fles.contact@gmail.com





Fiche d'inscription

Formation générale BAFA ou BAFD / Code stage : _____

Approfondissement BAFA / Code stage : _____

Perfectionnement BAFD / Code stage : _____

Renouvellement BAFD / Code stage : _____

Choix 1 : dates du _____ au _____

Choix 2 : dates du _____ au _____ / code stage : _____

Pour les délégations hors Ile-de-France : Externat Demi-Pension Internat

ATTENTION : vérifiez que le type de pension choisi est possible sur votre stage

Inscription en ligne :
www.bafa-bafd.net
(paiement en ligne possible)

Dossier complet à retourner à la délégation organisatrice du stage choisi.

(Voir coordonnées sur nos brochures ou sur notre site internet)

OBLIGATOIRE : Coller ici votre photo d'identité (récente)

Inscription en ligne préalable auprès du ministère de la jeunesse (obligatoire) - n° de dossier bafa-bafd.gouv.fr : _____ - _____

Etat Civil

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance (JJ/MM/AA) _____ Age au 1er jour du stage _____ Lieu de naissance _____ Sexe Féminin Masculin

Adresse _____

CP _____ Ville _____

Téléphone (personnel) _____ Téléphone (portable) _____ Profession _____

E-mail [Obligatoire] _____ Recevoir par e-mail l'accusé de réception de mon dossier et la convocation

Personne à prévenir en cas d'urgence (téléphone, Nom) _____

Régime alimentaire particulier : sans porc ; sans viande ; allergies, contre-indications médicales

Stages réalisés avec l'ifac PACA : Utiliser le transport collectif pour se rendre sur le lieu du stage (internat uniquement, règlement à l'inscription)

N° allocataire CAF : _____ Nom de l'allocataire _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Stages antérieurs réalisés

Partie à remplir impérativement pour les personnes désirant s'inscrire à un stage d'approfondissement BAFA ou entamer un cursus BAFD.

BAFA	Dates : du	au	Organisme	BAFD	Dates : du	au	Organisme
Formation générale	/ /	/ /		Formation générale	/ /	/ /	
Stage pratique	/ /	/ /		Stage pratique 1	/ /	/ /	
Approfondissement	/ /	/ /		Perfectionnement	/ /	/ /	
Diplôme délivré le	/ /			Stage pratique 2	/ /	/ /	
				Diplôme délivré le	/ /	Valable jusqu'au	/ /

Comment nous avez-vous connu ?

- Moteur de recherche internet Structure d'information et de jeunesse Forum, salon, foire
- Site internet, lequel : DDJS Bouche à oreille
- Mairie Lycée, fac, école Autres, précisez :

Attention : signature obligatoire au dos

Partie réservée à l'ifac

FI-BAFA-1105

Montant	Mode	AR	Date	Saisie	Date	Prix du stage
						Bourse
						Prise en charge 1
						Prise en charge 2
						TP
						TP2
						Total à payer
<input type="checkbox"/> Convention le : _____ Pour : _____ <input type="checkbox"/> Devis le : _____ Pour : _____ <input type="checkbox"/> Convocation le : _____						Observations

Autorisation parentale et acceptation des conditions d'inscription pour mineurs

A faire remplir obligatoirement par l'un de vos parents ou tuteurs si vous êtes mineur

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) _____, père, mère, représentant légal, autorise mon enfant, mentionné au recto de cette fiche, 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 l'Ifac, la responsabilité de l'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.

Je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription (présentées dans nos brochures et dépliants bafa bafd ou sur notre site internet www.bafa-bafd.net) que je m'engage à respecter.

Fait à : _____ le _____

Signature (1)

(1) Le signataire écrira les mentions «Lu et Approuvé» et «Bon pour autorisation parentale».

Acceptation des conditions d'inscription par le stagiaire

À remplir obligatoirement par le candidat

Je soussigné(e), (Nom, Prénom) _____, déclare sur l'honneur avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription (présentées dans nos brochures et dépliants bafa bafd ou sur notre site internet www.bafa-bafd.net) que je m'engage à respecter.

Fait à : _____ le _____

Signature (1)

(1) Le signataire écrira la mention «Lu et Approuvé»

Information sur les données personnelles collectées

Les informations recueillies pour votre inscription font l'objet d'un traitement informatique. Elles ne sont accessibles que par les services des associations Ifac et ne feront en aucun cas l'objet d'une cession à des partenaires commerciaux ou autres tiers. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service BAFA BAFD de votre délégation.

En fournissant votre e-mail, vous acceptez de recevoir des informations par voie électronique sur les actions menées par les associations Ifac. Vous pourrez dans tous les cas demander l'arrêt de ces envois grâce à un lien fourni dans tout e-mail diffusé.

Pour connaître toutes les dates de formation, consultez notre site internet www.bafa-bafd.net

Dossier d'inscription

Comment s'inscrire à un stage bafa ou bafd ?

Inscription préalable auprès du ministère de la jeunesse

1 - Vérifiez que vous remplissez les conditions Jeunesse et Sports

Voir la partie « conditions d'inscription » sur nos catalogues papier ou sur notre site internet www.bafa-bafd.net

2 - Contrôler la validité de votre adresse mail

Vous devez avoir une adresse e-mail valide qui sera votre identifiant sur le site du ministère (www.bafa-bafd.gouv.fr), pour l'ensemble de vos formations (bafa et bafd). Conservez soigneusement cet identifiant.

3 - S'inscrire sur www.bafa-bafd.gouv.fr

Vous devez vous inscrire sur le site du ministère pour créer votre dossier bafa-bafd.gouv.fr. Vous obtiendrez votre numéro d'inscription bafa-bafd.gouv.fr à nous transmettre à chaque inscription sur une session.

ATTENTION : sans cette inscription, vos sessions ne pourront pas être validées auprès du ministère et vous ne pourrez pas obtenir votre bafa ou bafd.

Inscription à l'Ifac

4 - Remplissez votre fiche d'inscription

- Cochez le stage voulu, mentionnez le code du stage et ses dates.
- Remplissez lisiblement la partie « Etat Civil » (en majuscules).
- Indiquez bien votre **numéro d'inscription bafa-bafd.gouv.fr** et votre **adresse e-mail** : cette adresse est indispensable pour le suivi de votre dossier par la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS).
- Renseignez la partie concernant vos stages antérieurs réalisés.
- Agrafez une **photo d'identité**.

5 - Documents à joindre

- 2 photos d'identité (dont celle jointe à la fiche d'inscription)
- 4 timbres au tarif normal en vigueur
- Le **paiement intégral** de la session (CCP ou chèque bancaire ou mandat-lettre, à l'ordre de l'Ifac). Précisez votre nom et le code du stage au dos du chèque.
- 1 copie de votre **carte d'identité** recto verso

Pour l'approfondissement BAFA

- 1 copie du **certificat de formation générale BAFA** validé par la DDCS.
- 1 copie du **certificat de stage pratique** validé par la DDCS.

Pour la formation générale BAFD

- 1 photocopie du **BAFA** (ou de la dérogation).

Pour le perfectionnement BAFD

- 1 copie du **certificat de formation générale BAFD** validé par la DDCS.
- 1 copie du **certificat de stage pratique** validé par la DDCS.

Prises en charge financières

Pour les bourses des conseils généraux, les aides « Jeunesse et Sports », la CAF et Pôle Emploi, les Communes, les Associations, les Comités d'entreprise, merci de bien vouloir vous reporter à notre brochure et de contacter votre délégation.

6 - Envoyez votre dossier d'inscription une fois COMPLET

Renvoyez votre dossier à la délégation organisatrice du stage auquel vous souhaitez participer (si le stage est organisé par une autre délégation que celle vous proposant cette brochure, cela est indiqué dans le calendrier - voir carte des délégations au dos de la brochure pour les coordonnées).

Votre inscription ne pourra être prise en compte que si votre dossier est envoyé complet.

7 - Accusé de réception

Quelques jours après votre demande, vous recevrez un accusé de réception confirmant l'état de votre inscription et précisant les suites données à celle-ci.

8 - Convocation

Dix jours avant le début du stage, vous recevrez la convocation indiquant l'adresse, les horaires et le transport pour le stage le cas échéant.



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 mél : _____ @ _____

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



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

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

<p>■ Salarié (y compris en préretraite progressive) <input type="checkbox"/> depuis le _____ Nature du contrat (Cdd, Cdi, intérim, etc.) : _____</p> <p>■ Apprenti <input type="checkbox"/> depuis le _____ fin le : _____</p> <p>■ Stagiaire de la formation professionnelle .. <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Travailleur indépendant ou employeur <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Non salarié agricole <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Auto-entrepreneur <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Conjoint collaborateur <input type="checkbox"/> depuis le _____</p>	<p>■ Allocataire <input type="checkbox"/> depuis le _____</p>	<p>■ Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) <input type="checkbox"/> depuis le _____</p>
--	---	--

Pour toutes ces situations, précisez :

S'il y a lieu, le nom de l'employeur ou de l'organisme de formation et son adresse : _____

<p>Vous ou votre employeur cotisez en France : à l'Urssaf <input type="checkbox"/> à la MSA (régime agricole) <input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? _____</p> <p>à l'étranger : précisez le pays : _____</p>	<p>à l'Urssaf <input type="checkbox"/> à la MSA (régime agricole) <input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? _____ précisez le pays : _____</p>
---	--

<p>■ Chômeur (indemnisé ou non) <input type="checkbox"/> depuis le _____ Si indemnisé, précisez l'organisme S'agit-il de chômage partiel ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p><input type="checkbox"/> depuis le _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
--	---

<p>■ Retraité, pensionné (y compris en préretraite totale) <input type="checkbox"/> depuis le _____ De quel(s) régime(s) percevez-vous une pension ? _____</p>	<p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p>
--	---

<p>■ En maladie <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Autre cas (congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention sauf régime de semi-liberté, longue maladie, etc.): <input type="checkbox"/> depuis le _____ Précisez la situation : _____ Nom et adresse de l'établissement en cas d'hospitalisation ou de détention : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> depuis le _____ <input type="checkbox"/> depuis le _____ Précisez la situation : _____</p>
--	--

<p>Si pour une de ces situations, les indemnités ou pensions sont versées par un pays étranger :</p>	<p>Nom de l'organisme et pays : _____</p>	<p>Nom de l'organisme et pays : _____</p>
---	---	---

<p>■ Etudiant <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> depuis le _____ <input type="checkbox"/> depuis toujours</p>	<p><input type="checkbox"/> depuis le _____ <input type="checkbox"/> depuis le _____ <input type="checkbox"/> 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

Déclarez SANS LES CENTIMES tous les revenus perçus en France, hors de France ou versés par une organisation internationale (articles R. 532-3, R. 831-6 et D. 542-10 du code de la Sécurité sociale et R. 351-5 du code de la Construction et de l'habitation)

Numéro d'allocataire :

N° de Sécurité sociale :
(de l'allocataire)

Nom, prénom :
Adresse :

1 PERSONNES DONT LES RESSOURCES SONT À DÉCLARER	VOUS	VOTRE CONJOINT, CONCUBIN OU PACSÉ	ENFANT OU AUTRE PERSONNE
Nom
Prénom
Date de naissance
ABSENCE DE RESSOURCES EN 2018 cochez la case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 SALAIRES • traitements, salaires, heures supplémentaires et indemnités journalières de Sécurité sociale (maladie, maternité, paternité, adoption, fraction imposable d'accident du travail ou de maladie professionnelle) • frais réels déductibles	<input type="text"/> € <input type="text"/> €	<input type="text"/> € <input type="text"/> €	<input type="text"/> € <input type="text"/> €
3 INDEMNITÉS JOURNALIÈRES D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE (fraction non imposable)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
4 ALLOCATIONS DE CHÔMAGE ET PRÉRETRAITES	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
5 REVENUS DES NON SALARIÉS (BIC - BNC - BA - MICRO BIC, MICRO BNC, MICRO BA) • adhérent d'un centre de gestion agréé, ou "régime micro" ou Auto-entrepreneur/Micro-entrepreneur • non adhérent d'un centre de gestion agréé	<input type="text"/> € <input type="text"/> €	<input type="text"/> € <input type="text"/> €	<input type="text"/> € <input type="text"/> €
6 DÉFICITS DE L'ANNÉE 2018 • professionnels • fonciers	<input type="text"/> € <input type="text"/> €	<input type="text"/> € <input type="text"/> €	<input type="text"/> € <input type="text"/> €
7 RETRAITES, PENSIONS ET RENTES IMPOSABLES (les Allocations supplémentaires vieillesse ou invalidité et l'Allocation de solidarité aux personnes âgées ne sont pas à déclarer)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
8 PENSIONS ALIMENTAIRES REÇUES	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
9 AUTRES REVENUS • revenus fonciers • contrat d'épargne-handicap • autres	<input type="text"/> € <input type="text"/> € <input type="text"/> €	<input type="text"/> € <input type="text"/> € <input type="text"/> €	<input type="text"/> € <input type="text"/> € <input type="text"/> €
10 CHARGES DÉDUCTIBLES • pensions alimentaires versées • CSG déductible sur les revenus du patrimoine • épargne retraite et cotisations volontaires de Sécurité sociale	<input type="text"/> € <input type="text"/> € <input type="text"/> €	<input type="text"/> € <input type="text"/> € <input type="text"/> €	<input type="text"/> € <input type="text"/> € <input type="text"/> €

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration. Je prends connaissance que ma Caisse peut vérifier les montants déclarés. Je m'engage à signaler immédiatement à ma Caisse tout changement intervenant dans ma situation. Signature obligatoire

Le :

La Caf 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. 114-17 du code de la Sécurité sociale - prononcé de pénalités -, articles 313-1 à 313-3, 441-1 et 441-6 du code Pénal).

S 7123 n

Emplacement réservé à la Caf

Date demande : 13/01/2020



CAF des Yvelines
Service des Interventions Sociales et Familiales

7 Rue des Etangs Gobert
CS 90100
78011 VERSAILLES CEDEX

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

Je soussigné (NOM, Prénom du bénéficiaire)

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

Avec mes remerciements

Fait le _____

Signature



Questionnaire FSE
à remplir complètement et très lisiblement
et à transmettre au FLES par mail fles.contact@gmail.com

NOM (en capitales) **PRÉNOM** (en capitales).....

Date de naissance (jour/mois/année) **Sexe** : homme femme

Ville de naissance..... **Code Postal**..... **Pays**.....

Adresse (n° et nom de rue).....

Code postal : **Commune** **Téléphone**.....

Quel est votre plus haut niveau d'études atteint ?

- Inférieur à l'école primaire Primaire, secondaire 1er cycle, CAP, BEP...
 Niveau baccalauréat Diplôme supérieur au baccalauréat

Vivez-vous seul(e) avec des enfants à charge ? Oui Non

Avez-vous une reconnaissance officielle d'un handicap ? Oui Non

Êtes-vous allocataire de minima sociaux (RSA, ASS, AAH...) ? Oui Non

Vous participez à une action cofinancée par le Fonds Social Européen (FSE). Le FSE est un instrument de l'Union Européenne pour promouvoir l'emploi, la formation professionnelle et l'inclusion sociale.

L'Union Européenne et la France se sont engagées à évaluer l'efficacité des actions financées par l'argent européen. Dans ce but, le règlement UE n°1303/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17.12.2013 rend obligatoire la collecte de certaines données sur la situation de chacune des personnes qui participent à une action. Les données recueillies par ce questionnaire feront l'objet d'un traitement informatique destiné à connaître l'évolution de votre situation personnelle entre le début et la fin de l'action et à évaluer l'utilisation de l'argent du Fonds Social Européen en France ; certains participants pourront être recontactés dans le cadre d'enquêtes plus approfondies.

Si vous voulez participer à l'action, vous avez l'obligation de fournir les données demandées. Nous vous prions de veiller à l'exactitude, à la précision et à la lisibilité de vos réponses. Nous vous remercions de votre coopération.

Responsable du traitement : Le Responsable du traitement des données collectées par ce questionnaire est la Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle (DGEFP), en tant qu'autorité de gestion des programmes opérationnels nationaux du Fonds Social Européen (FSE) de 2014 à 2020. Ministère du travail, DGEFP, Sous-direction Europe et International, 14 Avenue Duquesne, 75350 PARIS 07 SP

Destinataires des données : Les destinataires de vos données sont les organismes chargés de la gestion du FSE en France ainsi que les autorités et services nationaux et européens chargés du contrôle de leur bonne utilisation. Au sein de ces organismes et services, les agents ayant accès à vos données sont ceux qui ont besoin d'y avoir accès pour accomplir les missions qui leur sont confiées.

Enregistrement et conservation des données : Les données recueillies vont être enregistrées dans le système d'information "Ma démarche FSE" par le FLES. Le FLES a l'obligation de détruire ce questionnaire papier dès que les données qu'il contient auront été saisies dans le système d'information "Ma démarche FSE". Les données enregistrées dans le système d'information "Ma démarche FSE" seront conservées jusqu'au 31.12.2033 conformément aux obligations de contrôle et de conservation des données imposées par les règlements européens.

Vos droits : Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification concernant vos données. Pour l'exercer, contactez le Délégué à la Protection des Données protectiondesdonneesdgefp@emploi.gouv.fr. Si vous estimez, après avoir contacté le Délégué à la Protection des Données, que vos droits ne sont pas respectés ou que le dispositif mis en œuvre n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

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 et est accordée sous conditions de ressources.

Le bénéficiaire doit être âgé au minimum de 17 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,
- 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**,
- des déclarations de situation et de ressources à télécharger sur caf.fr.

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, arrêt 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



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 _____

Signature originale du représentant

Cachet de
l'association

BAFA 2 : Stage pratique : attestation de suivi

A faire remplir par le responsable de stage

Je soussigné(e) _____ qualité _____
représentant (nom et adresse du siège social de l'organisme de l'organisateur) _____

atteste que le demandeur désigné a suivi son stage pratique

du _____ au _____

en centre de loisirs

en centre de vacances

autre, citez lequel _____

Code postal du lieu du stage [][][][][][]

Le stagiaire a-t-il bénéficié d'une indemnité de stage _____ OUI NON

Si oui, quel montant _____ €

A _____, le _____

Signature originale du responsable de stage

Cachet de
l'organisme

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 _____

Signature du représentant

Cachet de
l'association

