

# Demande de formation



## Formation



### BAFA – Brevet d’Aptitude aux Fonctions d’Animation

- FORMATION GÉNÉRALE (8 jours)
- APPROFONDISSEMENT (6 jours)

Informations sur le BAFA et n° de dossier sur [www.bafa-bafd.jeunes.gouv.fr](http://www.bafa-bafd.jeunes.gouv.fr)

Sessions en externat toute l’année en Ile-de-France

## Employeur

**A compléter au clavier – Toutes les rubriques sont obligatoires**

Établissement ..... Interlocuteur .....

Téléphone ..... Email .....

## Participant

NOM ..... Prénom ..... Téléphone .....

PEC-CAE    CDDI en SIAE    CDDU en AI    Adulte-Relais    Service Civique  
 TH en EA   Date fin de contrat ..... Autre statut .....

Commune de résidence ..... Reconnaissance officielle d’un handicap

### Prérequis & positionnement

- Fonctions actuelles .....
- Projet professionnel .....
- Dates et lieu souhaités ..... • N° de dossier BAFA .....
- [Remplir en ligne le questionnaire FSE](#) (obligatoire à la 1ère demande)

### A joindre

Déclaration de situation CAF (3 pages) •  Pièce d'identité recto/verso •  Demande de versement de l'aide CAF •  [Si Formation générale](#) : Document CAF "Aide au BAFA"  
 [Si Approfondissement](#) : Document CAF "Demande d'aide Approfondissement" avec rubriques BAFA 1 et 2 de la page 2 complétées et tamponnées + Certificats Formation générale et Stage pratique validés



## Engagements

**Le participant s'engage**  
à suivre la formation et prévenir au plus vite le FLES et l'employeur en cas d'empêchement.

**Signature du participant**

**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 le justificatif sur demande du FLES.

**Signature + Cachet de l'employeur**

**Date de la demande** .....



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. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* 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](http://caf.fr) ou [msa.fr](http://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... ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si <b>oui</b> , Nom du parent allocataire :	_____	_____
Prénoms :	_____	_____
Adresse :	_____	_____
Code postal et commune :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....
Organisme de prestations familiales :	_____	_____
Numéro d'allocataire (s'il en possède un) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Numéro de sécurité sociale :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Emplacement réservé

# 3

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

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

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

### ► 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**

**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**

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

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).

## BAFA : DEMANDE D'AIDE À LA FORMATION : SESSION D'APPROFONDISSEMENT OU DE QUALIFICATION

LCI CNAF n° 271-95 du 31/10/1995

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 n° 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 complète \_\_\_\_\_

Code postal  Commune \_\_\_\_\_

### Quelle 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.™



## 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'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

au \_\_\_\_\_ 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  
」