



## Aide au financement de la formation BAFA

### Informations utiles • Dossier d'inscription et de demande de financement

Modalités au 01.12.2024 susceptibles de modifications et dans la limite du budget alloué à cette action

## Formation générale

FSCF - Externat

Sessions à Mantes-la-Jolie, aux Mureaux, à Aubergenville

Participation : 50 €

Avec l'aide de la CAF des Yvelines, le coût de la formation BAFA peut bénéficier d'une prise en charge sous certaines conditions ; les demandes sont à adresser au FLES des Yvelines.

**Bénéficiaires** : Jeunes de 16 à 25 ans domiciliés dans les Yvelines et accompagnés par un prescripteur (collectivité, Mission Locale ou association) dans leur projet de formation

**Informations générales sur la formation BAFA** : [bafa-bafd.jeunes.gouv.fr](http://bafa-bafd.jeunes.gouv.fr)

**Inscription et financement** : un seul dossier, ci-après, et un seul interlocuteur, le FLES

### Consignes importantes

- Le dossier doit être **rempli au clavier** ou au stylo noir de façon très lisible.
- Un **numéro de dossier** est à demander sur [bafa-bafd.jeunes.gouv.fr](http://bafa-bafd.jeunes.gouv.fr) et à indiquer sur la fiche d'inscription.
- **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 au FLES par le prescripteur. Le bénéficiaire doit être en copie du mail.
- L'aide de la CAF est versée directement à l'organisme de formation. Le bénéficiaire règle une participation (solde du coût de la formation et/ou frais de gestion).

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](mailto:fles.contact@gmail.com)



## DEMANDE DE FORMATION BAFA

### L'ORGANISME PRESCRIPTEUR

Établissement \_\_\_\_\_ Interlocuteur \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### LE CANDIDAT

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Commune de résidence \_\_\_\_\_ Reconnaissance officielle d'un handicap

### Formation générale

avec la FSCF – en externat

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> du 15 au 22 février aux Mureaux      | <input type="checkbox"/> du 12 au 19 avril à Mantes-la-Jolie       |
| <input type="checkbox"/> du 12 au 19 avril à Aubergenville    | <input type="checkbox"/> du 20 au 27 avril à Mantes-la-Jolie       |
| <input type="checkbox"/> du 21 au 28 juin à Mantes-la-Jolie   | <input type="checkbox"/> du 28 juin au 5 juillet à Mantes-la-Jolie |
| <input type="checkbox"/> du 6 au 13 juillet à Mantes-la-Jolie |  |

[Calendrier FSCF](#)

### A ENVOYER AU FLES

- La demande de formation signée et tamponnée (1 page)
- La fiche d'inscription avec n° de dossier (1 page)
- Une copie très lisible de la pièce d'identité recto/verso, agrandie si nécessaire
- Le document CAF "Déclaration de situation" (3 pages)
- Le document CAF "Aide au BAFA" (1 page)
- La demande de versement de l'aide CAF à La Ligue de l'Enseignement (1 page)
- La participation de **50 €** à régler par virement (non remboursable si absence ou annulation)  
IBAN : **FR76 3000 3021 9900 0372 8384 967** • BIC : SOGEFRPP  
Indiquez comme motif de virement "BAFA" et les NOM Prénom du candidat

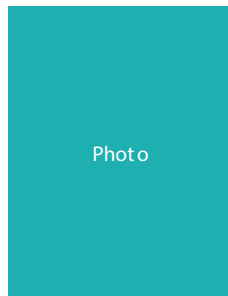
**Le candidat s'engage** à suivre la formation, à avertir **le FLES** avant la formation en cas de désistement ou d'empêchement et transmettre un justificatif en cas d'absence imprévue.

**Signature**

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

**Signature et cachet**

Transmettez au FLES par mail tous les documents complétés et très lisibles, dans un seul fichier  
[fles.contact@gmail.com](mailto:fles.contact@gmail.com)



## 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](http://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 : .....

.....

(\*) contactez-nous pour savoir si vous faites partie d'une structure partenaire.

## 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'emplois, etc.)

A 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](http://www.fscf.asso.fr/bafabafad).

Fait à : .....

le : ..... / ..... / .....

Signature

## ADMINISTRATIF

Constitution du dossier (dossier à renvoyer complet)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription       | <input type="checkbox"/> Photo          | <input type="checkbox"/> Fiche « Accords et Autorisations » |
| <input type="checkbox"/> Paiement - acompte (150€) | <input type="checkbox"/> Paiement solde | <input type="checkbox"/> Photocopie pièce d'identité        |
| <input type="checkbox"/> Analyse des besoins       | <input type="checkbox"/> CGVI           | <input type="checkbox"/> Règlement intérieur                |

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).



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="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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....
Organisme de prestations familiales :	_____	_____
Numéro d'allocataire (s'il en possède un) :	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Numéro 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Emplacement réservé

# 3 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>) ..... <input type="checkbox"/> depuis le _____<br/>Nature du contrat (<i>Cdd, Cdi, intérim, etc.</i>) : _____</p> <p>■ Apprenti ..... <input type="checkbox"/> depuis le _____<br/>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> <p><input type="checkbox"/> depuis le _____<br/>fin le : _____</p> <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p><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 : .....*

*Vous ou votre employeur cotisez en France :*

- à l'Urssaf  à la MSA (*régime agricole*)  
 autre régime, lequel ? \_\_\_\_\_  
à l'étranger :  précisez le pays : \_\_\_\_\_

- à l'Urssaf  à la MSA (*régime agricole*)  
 autre régime, lequel ? \_\_\_\_\_  
 précisez le pays : \_\_\_\_\_

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

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

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

**Si pour une de ces situations, les indemnités ou pensions sont versées par un pays étranger :** \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <p>■ Etudiant ..... <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Sans activité professionnelle ..... <input type="checkbox"/> depuis le _____<br/><input type="checkbox"/> depuis toujours</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p><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**



**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

**FSCF – Fédération Sportive et Culturelle de France**

Avec mes remerciements

Fait le \_\_\_\_\_

Signature