



Aide au financement de la formation BAFA

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

Modalités au 15.02.2025 susceptibles de modifications et dans la limite du budget alloué à cette action

Formation générale

IFAC

Toutes sessions en externat en Ile-de-France

Participation : 90 €

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, sans emploi et non scolarisés 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

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 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



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

Toutes sessions en externat en Ile-de-France

Calendrier des sessions : <https://ifac-formation.fr/>

Indiquez si possible plusieurs choix

Choix 1 : du _____ au _____ Lieu _____ n° de session _____

Choix 2 : du _____ au _____ Lieu _____ n° de session _____

Choix 3 : du _____ au _____ Lieu _____ n° de session _____

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 l'organisme de formation (1 page)
- La participation de **90 €** 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

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 » :

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 <i>(dans l'ordre de l'état civil)</i>	Date et lieu ou pays de naissance	Date d'arrivée au foyer et lien de parenté <i>(Fille, fils, nièce, neveu, enfant recueilli, parent, aucun lien...)</i>	Situation actuelle <i>(Scolarité, apprentissage, activité professionnelle...*)</i>	Enfant résidant à l'étranger	Enfant en résidence alternée**
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<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 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

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</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> <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p>	<p>■ Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)</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> <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) à l'Urssaf à la MSA (régime agricole)

autre régime, lequel ? _____ autre régime, lequel ? _____

à l'étranger : précisez le pays : _____ précisez le pays : _____

■ Chômeur (indemnisé ou non) depuis le _____ depuis le _____

Si indemnisé, précisez l'organisme _____

S'agit-il de chômage partiel ? oui non oui non

■ Retraité, pensionné (y compris en préretraite totale) .. depuis le _____ depuis le _____

De quel(s) régime(s) percevez-vous une pension ? _____

■ En maladie depuis le _____ depuis le _____

■ Autre cas (congé maternité, congé parental, depuis le _____ depuis le _____

hospitalisation, détention sauf régime de semi-liberté, Précisez la situation : _____ Précisez la situation : _____

longue maladie, etc.): _____

Nom et adresse de l'établissement en cas _____

d'hospitalisation ou de détention : _____

Si pour une de ces situations, les indemnités Nom de l'organisme et pays : _____ Nom de l'organisme et pays : _____

ou pensions sont versées par un pays étranger : _____

■ Etudiant depuis le _____ depuis le _____

■ Sans activité professionnelle depuis le _____ depuis le _____

depuis toujours 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

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

IFAC 92 - Institut de Formation, d'Animation et de Conseil

Avec mes remerciements

Fait le _____

Signature