



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

Approfondissement

Thème : Jeux portifs et collectifs

FSCF

Mantes-la-Jolie et environs - En externat

Participation : 140 €

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

Approfondissement - Thème : Jeux sportifs et collectifs

avec la FSCF – en externat

[Consulter ici le calendrier de la FSCF](#) Indiquez si possible plusieurs choix

Choix 1 : du _____ au _____ Lieu _____

Choix 2 : du _____ au _____ Lieu _____

Choix 3 : du _____ au _____ Lieu _____

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 "Demande d'aide - Session approfondissement" avec rubriques BAFA 1 et BAFA 2 complétées et tamponnées (2 pages)
- Les certificats de formation générale et stage pratique (à éditer depuis le compte BAFA)
- La demande de versement de l'aide CAF à l'organisme de formation (1 page)
- La participation de **140 €** 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

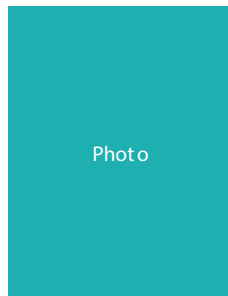
Le candidat s'engage à suivre la formation, à avertir le FLES avant la formation en cas de désistement ou d'empêchement et transmettre un justificatif en cas d'absence imprévue.

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



TYPE DE FORMATION SOUHAITÉE

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

Dates du stage :

Régime : Pension complète 1/2 pension Externat

Lieu :

Thème :

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

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

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

E-mail :

Date de naissance :

Je suis porteur d'un handicap : Oui Non

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

Je suis membre d'une association FSCF : Oui Non

Numéro de licence :

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

Nom de la structure :

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

Organisme : Montant : €

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

.....

ALLERGIES OU RÉGIMES ALIMENTAIRES SPÉCIFIQUES :

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

ACCORDS ET AUTORISATIONS

À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DU STAGIAIRE MINEUR

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

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

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

AUTORISE TOUT MÉDECIN, LE CAS ÉCHÉANT :

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

AUTORISE LA FÉDÉRATION SPORTIVE ET CULTURELLE DE FRANCE :

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

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 :

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





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 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... ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui , 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 (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 : _____

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, hospitalisation, détention sauf régime de semi-liberté, longue maladie, etc.): depuis le _____ depuis le _____

Précisez la situation : _____ Précisez la situation : _____

Nom et adresse de l'établissement en cas _____

d'hospitalisation ou de détention : _____

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

FSCF – Fédération Sportive et Culturelle de France

Avec mes remerciements

Fait le _____

Signature