



## 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

FSCF - Externat

Sessions à Mantes-la-Jolie et environs

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, 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](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

[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 "Aide au BAFA" (1 page)
- La demande de versement de l'aide CAF à l'organisme de formation (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

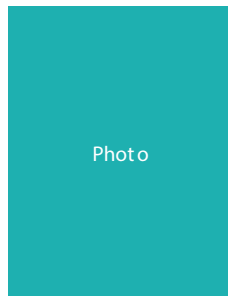
Le candidat s'engage à suivre la formation, à avertir le FLES avant la formation en cas de désistement ou d'empêchement et transmettre un justificatif en cas d'absence imprévue.

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 : .....

.....

## 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](http://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 : \_\_\_\_\_ 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









**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