

**BAFA - BAFD**  
**DEMANDE D'AIDE À LA FORMATION**  
**ANNÉE 2018**

**Session de formation générale**

BAFA ou BAFD (rayer la mention inutile)

**CONDITIONS D'ATTRIBUTION :**

- Avoir moins de 30 ans
- Résider dans l'Ain
- Stage dans l'Ain (1<sup>ère</sup> partie / théorique)

Nom et prénom demandeur : \_\_\_\_\_ Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse complète au moment de l'inscription en session de formation générale :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pièces à fournir :**

- si le demandeur est majeur : RIB **impérativement** au nom du demandeur

- si le demandeur est mineur :

\* acte de naissance (moins de 3 mois) ou copie du livret de famille si le RIB est au nom des parents

\* engagement ci-dessous à compléter si le RIB est au nom du demandeur

*Déclaration sur l'honneur : la loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude 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 du Code de la Sécurité Sociale).*

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts.

Le \_\_\_\_\_  
Signature du stagiaire ou des parents

## BAFA 1 ou BAFD: Session de formation générale

### ATTESTATION D'INSCRIPTION

À remplir par l'organisme de formation

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ qualité \_\_\_\_\_

Représentant-e- (nom et adresse du siège social de l'association) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

atteste que \_\_\_\_\_ a suivi dans l'intégralité la session de formation générale.

En internat  En externat  En continu  En discontinu

Au cours du mois de : \_\_\_\_\_

Code postal du lieu du stage \_\_\_\_\_ N° d'habilitation : \_\_\_\_\_

Coût du stage : \_\_\_\_\_ Montant payé par le stagiaire : \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du représentant

Cachet de l'association

\_\_\_\_\_

**À REMPLIR PAR LES PARENTS SI LE DEMANDEUR EST MINEUR**  
**ET QUE LE RIB EST A SON NOM**

Nom et prénoms du demandeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP / Ville : \_\_\_\_\_

**ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR  
DU REPRESENTANT LEGAL**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Autorise le Département à payer l'aide du BAFA/BAFD dont mon enfant est bénéficiaire sur son compte :

Références bancaires (n° de compte, nom et adresse de la banque) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature