



C.A.F. DES COTES D'ARMOR  
Service AFI  
CS 10000 -  
22096 SAINT-BRIEUC Cedex 9

DEMANDE – Aide à la  
formation BAFA ou BAFD  
(Brevet d'Aptitude à la Fonction  
d'Animateur ou de Directeur)

10200 DBAFA

N° allocataire CAF

0						
---	--	--	--	--	--	--

Numéro allocataire du jeune ou à défaut celui des parents s'ils perçoivent des prestations familiales

### ETAT CIVIL - ADRESSE

Votre nom \_\_\_\_\_ Votre prénom \_\_\_\_\_

Votre date de naissance \_\_\_\_\_

Votre n° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_

Votre adresse \_\_\_\_\_

Code postal - Commune \_\_\_\_\_

### SITUATION PROFESSIONNELLE

- 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.*

### **PIECES A JOINDRE :**

N'oubliez pas de joindre à cette demande un relevé d'identité bancaire ou postal.

**Bien vouloir compléter le verso**

## Stage de formation générale : attestation de suivi

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ qualité \_\_\_\_\_  
représentant l'organisme de formation suivant \_\_\_\_\_ dont le siège social se  
situe à \_\_\_\_\_ atteste que le demandeur désigné a suivi la session  
de **formation générale** pour obtenir  le BAFA ou le  BAFD 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 et Cachet de l'organisme :**

## Stage pratique : attestation de suivi

### **Partie 1 (ou totalité si le stage s'est déroulé en une seule fois)**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ qualité \_\_\_\_\_  
représentant l'organisme de formation suivant \_\_\_\_\_ dont le siège social  
se situe à \_\_\_\_\_ atteste que le demandeur désigné a suivi le  
**stage pratique 1 ou intégral** pour obtenir  le BAFA ou le  BAFD du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 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 représentant et Cachet de l'organisme :**

### **Partie 2 (à ne pas compléter si le stage s'est déroulée en une seule fois)**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ qualité \_\_\_\_\_  
représentant l'organisme de formation suivant \_\_\_\_\_ dont le siège social  
se situe à \_\_\_\_\_ atteste que le demandeur désigné a suivi le  
**stage pratique 2** pour obtenir  le BAFA ou le  BAFD du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 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 représentant et Cachet de l'organisme :**

## Attestation d'inscription à la session d'approfondissement ou de qualification

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ qualité \_\_\_\_\_  
représentant l'organisme de formation suivant \_\_\_\_\_ dont le siège social  
se situe à \_\_\_\_\_ atteste que le demandeur désigné a suivi la  
session  d'approfondissement  de qualification  
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 \_\_\_\_\_ €

La session est-elle centrée sur l'accueil du jeune enfant ? \_\_\_\_\_  OUI  NON

Le stage est-il axé sur l'accueil d'enfants en situation de handicap ? \_\_\_\_\_  OUI  NON

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Signature originale du représentant et Cachet de l'organisme :**