



DEMANDE D'AIDE INDIVIDUELLE A LA FORMATION GENERALE BAFD

A COMPLETER PAR LE STAGIAIRE

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de Tel :
Adresse : Ville :
Code Postal :

Numéro Allocataire : C.A.F. Si non allocataire, relevez vous du régime général : OUI
M.S.A Profession : NON

Situation sociale (si concerné) :

Lycéen boursier Etudiant boursier Bénéficiaire du RMI
Salaire rémunéré au SMIC Demandeur d'emploi indemnisé ou non

Joindre justificatif

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur la présente fiche
Le :
Signature du stagiaire :

A COMPLETER PAR L'ORGANISME DE FORMATION

Organisme de Formation :

N° d'Habilitation de la session : en internat
externat

Date du stage : du au

Lieu du stage :

COUT DU STAGE		
A I D E S	Caisse d'Allocations Familiales	
	Direction Départementale Jeunesse et Sports	
	Mutualité Sociale Agricole	
	autre à préciser	
	Participation du stagiaire	
	Total (1)	

(1) le cumul des aides ne peut être supérieur au coût du stage.

Signature et cachet de l'organisme :

Octroi de l'aide : OUI Montant :
NON