



DEMANDE D'AIDE INDIVIDUELLE A LA FORMATION BAFD SESSION DE PERFECTIONNEMENT

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

Salarié 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

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)	

Lieu du stage :

(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