

PRESTATIONS D'ACTION
SANITAIRE ET SOCIALE

ESSS08433

DEMANDE D'AIDE A LA FORMATION BAFA 2

-approfondissement ou qualification-

(Brevet d'aptitude à la fonction d'animateur de centre de vacances)

IDENTITE DU DEMANDEUR

N° INSEE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM - Prénom

Adresse :

Date de Naissance : Téléphone : E-MAIL :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé (e) ☐ Séparé (e) ☐ Union libre ☐ (1)

(1) mettre une croix dans la case correspondante

ENFANTS A CHARGE

NOM - prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Activité	Situation familiale
.....				
.....				
.....				
.....				

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGIAIRE

Nom et prénom du stagiaire : Date de naissance :

Montant de dépenses effectuées pour l'ensemble de la formation : €

A le *Signature des parents,

*☐ J'autorise la MSA COTES NORMANDES et les différents organismes et structures en lien avec ma demande à échanger toutes les informations nécessaires à la constitution de mon dossier dans le cadre de ma demande d'aide.

Pièces à fournir :

- Photocopie de l'avis d'impôt 2021 sur revenus 2020 de la famille,
- Attestations de stage (suivi et approfondissement).

Adressez vos courriers à

MSA Côtes Normandes

CS 80205

50005 SAINT-LÔ CEDEX

Tél. 02 31 25 38 80

cotesnormandes.msa.fr

Siège social

MSA Côtes Normandes

37 rue de Maltot

14000 caen

BAFA 2 : STAGE PRATIQUE – ATTESTATION DE SUIVI

A faire remplir par le responsable du stage	Je soussigné(e)..... Qualité.....
	représentant (nom et adresse du siège social de l'organisateur)
	atteste que M..... a suivi son stage
	du..... au.....
	Code postal du lieu de stage
	Le stagiaire a-t-il bénéficié d'une indemnité de stage OUI ☐ NON ☐
	☐ en accueil de loisirs ☐ en séjour de vacances ☐ autre, lequel.....
	Si OUI, quel montant ? €
	A..... le..... <i>Signature originale du responsable du stage</i>
	Cachet de l'association

BAFA 3 : ATTESTATION DE SUIVI DE LA SESSION D'APPROFONDISSEMENT OU DE QUALIFICATION

A faire remplir par l'organisme de formation	Je soussigné(e)..... Qualité.....
	représentant (nom et adresse du siège social de l'organisme de formation)
	atteste que M..... a suivi la session
	☐ en internat ☐ en externat ☐ en continu ☐ en discontinu
	du..... au.....
	Code postal du lieu de stage N° Habilitation
	☐ d'approfondissement ☐ de qualification
	Tarif de la session..... € Montant payé par le stagiaire..... €
	La session est-elle centrée sur l'accueil du jeune enfant ? OUI ☐ NON ☐
	A..... le..... <i>Signature originale du représentant</i>
	Cachet de l'association

Fait le à Signature du stagiaire

La demande d'aide doit être retournée au service, dûment complétée et signée, accompagnée des pièces à fournir, **dans un délai de 3 mois maximum, à la fin de la session de formation générale ou d'approfondissement.**

Adressez vos courriers à

MSA Côtes Normandes
CS 80205
50005 SAINT-LÔ CEDEX

Tél. 02 31 25 38 80

cotesnormandes.msa.fr

Siège social

MSA Côtes Normandes
37 rue de Maltot
14000 caen