

## ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

### DEMANDE D'AIDE A LA FORMATION B.A.F.A. - BAFAD

La M.S.A. Ain-Rhône peut accorder une participation financière pour vos frais de formation générale ou de formation d'approfondissement au brevet d'animateur, ou directeur, de centres de loisirs et de vacances.

**Pour en bénéficier** renseigner cet imprimé et le faire valider par l'organisme de stage.

Renvoyer ce document complété à l'adresse suivante :

MSA AIN RHONE  
SERVICE D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE  
35-37 RUE DU PLAT  
69232 LYON CEDEX 02

L'aide sera versée directement à l'allocataire.

**N° Allocataire M.S.A. :** \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

#### Stagiaire :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Situation actuelle :  Lycéen  Etudiant  Apprenti

Activité professionnelle :

Sans activité

Autres situations :

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

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

Signature,

La loi 78-17 du 06.01.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire dont le destinataire est la M.S.A. Ain-Rhône. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de la M.S.A.

.../...

#### MSA Ain-Rhône

##### Siège social :

35-37, rue du Plat - B.P. 2612

69232 LYON CEDEX 02

##### Site de l'Ain :

15 avenue du Champ de Foire

01059 BOURG EN BRESSE CEDEX 9

tél : 04 74 45 99 00

fax : 04 74 45 98 98

[www.msa01-69.fr](http://www.msa01-69.fr)

**B.A.F.A. : Session de formation générale - attestation de suivi**

**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 le demandeur : M. \_\_\_\_\_ a suivi la session de formation générale pour obtenir le B.A.F.A.

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

en internat     
  en externat     
  en continu     
  en discontinu

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

Tarif de la session : \_\_\_\_\_ € Montant aide CAF : \_\_\_\_\_ € Cons. Général : \_\_\_\_\_ €

Solde à charge du stagiaire : \_\_\_\_\_ €

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

Signature du représentant

Cachet

**B.A.F.A. : Session d'approfondissement ou de qualification - attestation de suivi**

**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 le demandeur : M. \_\_\_\_\_ a suivi la session de formation d'approfondissement pour obtenir le B.A.F.A.

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

en internat     
  en externat     
  en continu     
  en discontinu

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

Tarif de la session : \_\_\_\_\_ € Montant aide CAF : \_\_\_\_\_ € Cons. Général : \_\_\_\_\_ €

Solde à charge du stagiaire : \_\_\_\_\_ €

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

Signature du représentant

Cachet