

Le guide de nos prestations extra-légales est consultable sur notre site : mpn.msa.fr / Votre MSA / Action
sanitaire et sociale / Prestations extra-légales / Guide des aides individuelles

ESSS08433

AIDE À LA FORMATION BAFD

Brevet d'aptitude aux fonctions de directeur de centres de vacances et de loisirs
Jeunes 16-25 ans

Identification de l'assuré(e)

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Numéro de sécurité sociale :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
N° tel :	<input type="text"/>	E-mail :	<input type="text"/>

Identification du bénéficiaire

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Numéro de sécurité sociale :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		

BAFD 1 - Session de formation générale – Attestation de suivi

Je soussigné(e) : Qualité :

Représentant (nom et adresse du siège social de l'organisme de formation) :

Atteste que le demandeur désigné au recto a suivi la session de formation générale pour obtenir 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 : €

À le

Signature du représentant

Cachet de l'association

BAFD 2 - Session de formation générale – Stage pratique

Je soussigné(e) : Qualité :

Représentant (nom et adresse du siège social de l'organisme de formation) :

Atteste que le demandeur désigné au recto a suivi la session de formation générale pour obtenir le BAFD :
du au en centre de loisirs en centre de vacances autre, précisez :

Code postal du lieu du stage : N° d'habilitation : Tarif de la session : €

À le

Signature du représentant

Cachet de l'association

BAFD 3 - Session de perfectionnement – Attestation d'inscription

Je soussigné(e) : Qualité :

Représentant (nom et adresse du siège social de l'organisme de formation) :

Atteste que le demandeur désigné au recto est engagé dans une 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 : €

À le

Signature du représentant

Cachet de l'association

Envoi de la demande

Les documents sont à déposer **dans le délai de 3 mois maximum à l'issue du premier ou dernier stage** soit :

- sur votre espace privé depuis le site internet mpn.msa.fr,
- via assafi1.blf@mpn.msa.fr,
- par voie postale à : MSA MPN, 180 avenue Marcel Unal, 82014 Montauban.

Attestation

Je soussigné(e) :

Agissant :

en mon nom propre

en qualité de représentant légal de :

Certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande.

*Je m'engage à signaler toute modification de ma situation, régler à la caisse les sommes éventuellement versées à tort, faciliter toute enquête. J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la caisse pour permettre l'instruction de ma demande. Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du Code de la sécurité sociale. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi, voire à des poursuites dans le cadre d'une procédure de lutte contre la fraude. Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique**

Fait à :

Le :

Signature :

**Conformément au droit à la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition et de limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) ou auprès du directeur de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur le site dudit organisme.*