DEMANDE BAFA Organisme de Formation

NOM DE L'ORGANISME DE FORMATION :

ADRESSE DE L'ORGANISME DE FORMATION :

DATE DU STAGE : Du : Au :

NATURE DE LA SESSION : ☐ Formation générale ☐ Qualification ☐ Approfondissement ☐ Approfondissement spécialité Petite Enfance ☐ Approfondissement spécialité Publics vulnérables ou en situation de handicap

REGIME DE LA SESSION : ☐ Demi-Pension ☐ Externat ☐ Internat

MODALITES DE LA PERIODE DE FORMATION : ☐ En continu ☐ En discontinu

CODE POSTAL DU LIEU DU STAGE :

N° D'HABILITATION :

N° allocataire du stagiaire ou de ses parents (si perception de prestations)	Si allocataire : nom de la Caf qui verse les prestations	Nom du stagiaire	Nom de jeune fille (le cas échéant)	Prénom du stagiaire	Date de naissance du stagiaire	Numéro de sécurité sociale du stagiaire	Adresse postale du stagiaire	Adresse mail du stagiaire	Numéro de téléphone du stagiaire	Situation professionnelle du stagiaire	Tarif de la session	Montant payé par le stagiaire après déduction des aides

En complétant le tableau ci-dessus, l'organisme de formation atteste que les stagiaires susmentionnés ont réellement suivi cette session de formation Bafa.

Nom et Prénom de la personne référente de l'organisme pour la Caf Touraine

Adresse mail

Numéro de téléphone

A

Le

Cachet et signature de l'organisme de formation	