

Aide à la formation B.A.F.A.

Formulaire de demande

Pour bénéficier de la participation financière de la MSA de 300 € pour chaque session (initiale et approfondissement), vous voudrez bien compléter l'imprimé joint et le retourner au service d'Action Sanitaire et Sociale de la MSA avant le 28/02/2026 à la MSA :

MSA ARDECHE DROME LOIRE
Service d'Action Sanitaire et Sociale
43, avenue Albert Raimond
BP 80051
42275 ST PRIEST EN JAREZ

*Pour tout renseignement, vous pouvez contacter le service d'Action Sanitaire et Sociale
Au 04-75-75-68-95*

Adhérent MSA

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

N° INSEE : _____

Stagiaire

Nom – Prénom : _____

Date de naissance : _____

Situation actuelle :

☐ Lycéen ☐ Etudiant ☐ Apprenti ☐ Sans activité

☐ Activité professionnelle : _____

☐ Autre (à préciser) : _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint,
- à faire connaître toutes les modifications de ma situation au regard de l'APA, de l'ACTP, de la PCH, et de la MTP,
- à régler à la Caisse de MSA les sommes éventuellement versées à tort,
- à 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.

Mentions relatives à la protection des données : les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Caisse de Mutualité Sociale Agricole Ardèche Drôme Loire dont la finalité est le traitement de mon dossier de demande d'aide à la formation BAFA. La base de traitement est l'intérêt légitime et l'intérêt public.

Les informations sont conservées pendant 5 ans et sont destinées au service d'action sanitaire et sociale en charge des prestations extralégales.

Conformément à la loi « informatique et libertés » vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : le Délégué à la protection – MSA ADL – 43, avenue Albert Raimond - 42275 ST PRIEST EN JAREZ.

☐ Je confirme avoir pris connaissance de mes droits et autorise la Caisse de MSA ADL à utiliser mes données dans le cadre de cette finalité.

Fait à :

Le ____ / ____ / _____

Signature :

*La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 377-1 du code de la sécurité sociale, arts.313-1, 313-3,433-19,441-1 et 441-7 du code pénal).
La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses*

B.A.F.A.

Attestation de suivi à compléter 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 (à préciser) : _____

Pour obtenir le B.A.F.A.

Du _____ au _____

☐ En internat ☐ En externat ☐ En continu ☐ En discontinu

Lieu du stage : _____ N° d'habilitation : _____

Tarif de la session : _____

Montant(s) aide(s) autre que MSA (à préciser) : _____

Solde à la charge du stagiaire : _____

A : _____

Cachet de l'organisme
(Obligatoire)

Le : _____

Signature du responsable :