

## 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 28/02/2027 :**

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*

#### ADHERENT MSA

Nom – Prénom : ..... N° INSEE : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Email : .....

#### STAGIAIRE

Nom – Prénom : ..... Date de naissance : .....

☐ 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,
- à régler à la MSA Ardèche Drôme Loire 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 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 MSA à utiliser mes données dans le cadre de cette finalité.

Fait à : .....

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du demandeur :

Signature des parents si demandeur mineur :

*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).*

## B.A.F.A.

### Attestation de suivi à compléter par l'organisme de formation

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

En qualité de : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du responsable :

Cachet de l'organisme  
(Obligatoire)