



**Communauté de communes du Val de l'Aisne**  
**Demande de soutien à la Formation**

- Utilisez un formulaire par session de formation
- Dossier à retourner à la CCVA maximum 4 mois après la formation
- Vous devez impérativement effectuer votre stage pratique sur le territoire
- Vous devez résider sur le territoire de la CCVA

Les montants pouvant être attribués :

Base BAFA : 240  / Perf BAFA : 155  / Base BAFD : 300  / Perf BAFD : 240

Pièces à joindre obligatoirement :

- + L'attestation d'inscription et de suivi du stage
- + Un justificatif de domicile

**BAFA**       **BAFD**

**STAGIAIRE CONCERNE**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

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

**Adresse :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **E-mail :** \_\_\_\_\_

**STAGE DE FORMATION ENVISAGE**

- Précisez :**
- BAFA – Formation générale**
  - BAFA – Perfectionnement ou qualification**
  - BAFD – Formation générale**
  - BAFD – Perfectionnement ou qualification**

**Dates du stage :** du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Lieux du stage :** \_\_\_\_\_

**Organisme de formation :** \_\_\_\_\_

**Coût du stage :** \_\_\_\_\_

## **BASE BAFA : STAGE PRATIQUE ENVISAGE (sur le territoire)**

### **A faire remplir par l'organisme**

#### **+ Structure d'accueil**

**Nom de la structure :** \_\_\_\_\_

**Nom du directeur :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

#### **+ Dates prévues du stage :**

**Du** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **au** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### **+ Forme d'accueil :**

**ALSH – vacances scolaires**

**Séjour de Vacances et de Loisirs**

**Accueil adolescent**

**Je soussigné(e), Madame\*, Monsieur\* \_\_\_\_\_, agissant en qualité de \_\_\_\_\_, atteste que Mme\*, Melle\*, M.\*, \_\_\_\_\_, effectuera son stage pratique dans ma structure en qualité d'animateur\* ou de directeur\* stagiaire BAFA\* ou BAFD\* pour les périodes suscitées.**

**\* Rayer les mentions inutiles**

**Signature et cachet de la structure :**

## **PERF BAFA : EMPLOI ENVISAGE (sur le territoire)**

#### **+ Structure d'accueil**

**Nom de la structure :** \_\_\_\_\_

**Nom du directeur :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

#### **+ Dates prévues (plusieurs dates possibles) :**

**Du** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **au** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **FINANCEMENT : Qui participe au financement de votre formation et à hauteur de combien ?**

- **Participation du stagiaire :** \_\_\_\_\_
- **Participation de la CAF :** \_\_\_\_\_
- **Participation de la Direction Départementale de la JS :** \_\_\_\_\_
- **Participation de votre commune :** \_\_\_\_\_
- **Participation de l'organisateur de l'ALSH :** \_\_\_\_\_
- **Participation de la CCVA envisagée :** \_\_\_\_\_
- Autre :** \_\_\_\_\_

**Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, certifie exactes les informations ci-dessus.**

**Fait à \_\_\_\_\_, le** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du demandeur**