

**DEMANDE DE BOURSES DE FORMATION BAFD 2016**  
**FORMATION GENERALE**  
**B.A.F.D.**

- 1 -remplir le document (partie demandeur)
- 2 -faire remplir la partie suivante par l'organisme de formation
- 3 -joindre les pièces justificatives
- 4 -faire parvenir par vos soins le dossier à la DRJSCS au plus tard avant le début de la session à l'adresse suivante :

DRJSCS - Service BAFD  
20 Square Friant Les 4 Chênes 80039 AMIENS CEDEX

**A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR**

Nom Patronymique : ..... Epouse:.....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Adresse : .....

Code Postal..... Ville.....

Téléphone : ..... Adresse e-mail : .....

Situation du demandeur : *Merci de cocher ce qui vous correspond*

- 1  LYCEENS BOURSIERS OU ETUDIANTS BOURSIERS
- 2  CANDIDATS NON IMPOSABLES ou PARENTS NON IMPOSABLES, dans ce cas, merci de nous indiquer si vous êtes :
- DEMANDEURS D'EMPLOI NON INDEMNISES
  - BENEFICIAIRES DU RSA OU DES AUTRES MINIMAS SOCIAUX  
RSA (Revenu de Solidarité Active), AAH (Allocation Adulte Handicapé),  
ASS (Allocation de solidarité spécifique), ATA (Allocation Temporaire d'Attente)

Age : jusqu'à 28 ans inclus au 1<sup>er</sup> jour du stage (obligatoire)  oui  non

Les possibilités d'aide(s) vous ont été communiquées par : .....

Organisée du.....au.....par (nom de l'organisme) :.....

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT:**

- ▶ **Le présent formulaire entièrement rempli**
- ▶ Une enveloppe timbrée à vos noms et adresse
- ▶ SOIT → **Copie de la notification définitive d'une bourse scolaire ou universitaire de l'année en cours**
- ▶ SOIT → **Copie de l'avis de non imposition de l'année n-1 (du candidat s'il se déclare lui-même ou des parents)**
- ▶ **ET SELON LES CAS** → **Attestation de Pole emploi (attestation de demandeur d'emploi et non indemnisation)**  
→ **Copie de l'avis d'attribution du RSA ou autres minimas sociaux en cours de validité**

Fait à ..... , le ..... Signature

**PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR L'ORGANISME DE FORMATION  
RESIDANT EN REGION NORD PAS DE CALAIS**

**AVANT DE TRANSMETTRE LE DOCUMENT PAR VOS SOINS A LA DRJSCS**

**NOM ET PRENOM DU STAGIAIRE.....**

Session du ...../...../.....au ...../...../.....

	MONTANT EN EUROS
Coût total de la formation	.....€
Aides déjà accordées par : <input type="checkbox"/> Mission Locale ; <input type="checkbox"/> Commune ; <input type="checkbox"/> Employeur ; <input type="checkbox"/> Autres : .....	-.....€
Reste à payer par le candidat	=.....€

Fait à ....., le .....

Nom du représentant : .....

Signature

Cachet de l'organisme de formation

**Ne sont pas pris en compte les demandes suivantes :**  
**Participation au financement de session de perfectionnement**  
**Revenus salariaux**  
**Demandeur d'emploi indemnisé**