XTM52 - ESSS08433

santé
famille
retraite
services

SUD CHAMPAGNE

DEMANDE D'AIDE AUX FORMATIONS
BAFA ET BAFD

Conditions d'attribution :

- Etre allocataire ou assuré maladie à la MSA Sud Champagne
- Avoir un quotient familial inférieur à 1 470 €

Participation :

- 250 € par type de stage (versés sur présentation de la facture)

Le document doit être retourné dûment complété 15 jours minimum avant le début du stage et maximum 3 mois après la fin du stage, à l'adresse suivante :

MSA Sud Champagne
Service Action Sanitaire et Sociale
1 Avenue Maréchal Joffre
BP 531 – 10000 TROYES Cedex

DEMANDEUR	**Numéro de sécurité sociale** : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Nom :** _____ **Prénoms :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** |__|__|__|__|__| **Ville :** _____ **Téléphone :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

BENEFICIAIRE	***Ne pas remplir si le demandeur est le bénéficiaire*** **Numéro de sécurité sociale** : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Nom :** _____ **Prénoms :** _____ **Téléphone :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ☐ **Stage de base** ☐ **Stage de perfectionnement**

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des informations fournies et autorise le traitement informatique des renseignements donnés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Je prends connaissance du fait qu'ils pourront être vérifiés. Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait.

Fait à : _____ Signature

Le : ___/___/_____

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT	Imprimé de demande complété et signé
	Avis d'imposition (dernier connu)