**AIDE AU BAFA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JEUNE CONCERNÉ** |  |  |  |  |  |
| **NOM** | **PRÉNOM** | **AGE** | **SESSION** | **DATES DE FORMATION** |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **ADRESSE - N° Tel :**  |   |

Formulaire à adresser à CCAS - Hôtel de ville - 4 rue du Général Leclerc - 94520 Mandres-les-roses.fr ou par mail à : ccas@ville-mandres-les-roses.fr