

## Demande de prise en charge

### Demande de prise en charge à destination des artistes-auteurs

**Formation professionnelle des artistes-auteurs**  
Ce formulaire doit parvenir à l'Afdas au plus  
tard 3 semaines avant le début de la formation

ou avant la date de commission pour les  
formations métier. Veuillez y joindre un devis,  
le programme de la formation, vos justificatifs

d'activité (attestation d'affiliation MDA ou  
Agessa en cours, à défaut des justificatifs de  
revenus en tant qu'auteur de 9 000 €

minimum sur les 3 dernières années fiscales),  
votre CV et une lettre de motivation.

#### 1 Identité (à compléter par le candidat)

Nom	Prénom
Pseudonyme	Date de naissance
N° Sécurité sociale	Adresse
	Code postal           Ville
Tél. domicile	Tél. portable
Courriel	
Activité principale exercée en qualité d'auteur	
Choisir la branche professionnelle correspondant à votre activité principale	
<input type="checkbox"/> Arts graphiques et plastiques 2D	<input type="checkbox"/> Écrit et arts dramatiques
<input type="checkbox"/> Arts graphiques et plastiques 3D	<input type="checkbox"/> Photographie
<input type="checkbox"/> Musique et chorégraphie	<input type="checkbox"/> Cinéma et audiovisuel
Depuis quelle année ?	Activité(s) secondaire(s) exercée(s) en qualité d'auteur
Situation actuelle <input type="checkbox"/> Affilié à la MDA N° MDA	<input type="checkbox"/> Affilié à l'Agessa N° Agessa

#### 2 Action de formation (à compléter par le candidat)

Titre du stage	
Dates du                     au	Organisme de formation
<input type="checkbox"/> Je sollicite une participation aux frais de transport et d'hébergement. J'ai pris connaissance des modalités de remboursement et je les accepte.	
Fait à	Nom du signataire
Le	
Signature	

#### Cadre réservé Afdas (ne pas compléter)

N° Stage / Dossier	N° OF	Label	Pièces manquantes	
Recevabilité <input type="checkbox"/> Affiliation MDA	<input type="checkbox"/> Affiliation AGESSA	<input type="checkbox"/> Revenus:	<input type="checkbox"/> Devis	<input type="checkbox"/> CV
<input type="checkbox"/> Dossier incomplet	<input type="checkbox"/> Demande particulière à présenter en commission		<input type="checkbox"/> Programme	<input type="checkbox"/> Lettre de motivation
Type de formation <input type="checkbox"/> Transversale	<input type="checkbox"/> «Métier» conventionnée	<input type="checkbox"/> Justificatif d'activité		
Situation stagiaire <input type="checkbox"/> A0 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> A5 <input type="checkbox"/> A6 N° de produit	Commentaires			
Commission	Date de commission	Décision <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé		
Prise en charge afdas	Reste à charge			

#### Trouver votre délégation régionale

<p><b>ILE-DE-FRANCE, CENTRE</b></p> <p><b>Afdas (siège social)</b> 66, rue Stendhal CS 32016 75990 Paris Cedex 20 Tél.: 01 44 78 34 16 Fax: 01 44 78 39 61</p>	<p><b>RHÔNE-ALPES, AUVERGNE, BOURGOGNE, FRANCHE-COMTÉ</b></p> <p><b>Afdas centre-est</b> Espace Confluence 3, cours Charlemagne CS 60038 69286 Lyon Cedex 02 Tél.: 04 72 00 23 00 Fax: 04 72 00 22 71</p>	<p><b>PACA, CORSE, LANGUEDOC-ROUSSILLON</b></p> <p><b>Afdas sud-est</b> 40, bd de Dunkerque BP 71663 13566 Marseille Cedex 02 Tél.: 04 91 99 41 98 Fax: 04 91 91 23 08</p>	<p><b>AQUITAINE, LIMOUSIN, MIDI-PYRÉNÉES, POITOU-CHARENTES</b></p> <p><b>Afdas sud-ouest</b> 74, rue Georges Bonnac Les Jardins de Gambetta, Tour 2 - 33000 Bordeaux Tél.: 05 56 48 91 80 Fax: 05 56 48 91 81</p>	<p><b>BRETAGNE, BASSE-NORMANDIE, PAYS-DE-LA-LOIRE</b></p> <p><b>Afdas ouest</b> 227, rue de Châteaugiron 35000 Rennes Tél.: 02 23 21 12 60 Fax: 02 23 21 12 61</p>	<p><b>NORD-PAS DE CALAIS, HAUTE-NORMANDIE, PICARDIE</b></p> <p><b>Afdas nord-ouest</b> 87, rue Nationale 59800 Lille Tél.: 03 20 17 16 80 Fax: 03 20 17 16 81</p>	<p><b>ALSACE, LORRAINE, CHAMPAGNE-ARDENNE</b></p> <p><b>Afdas est</b> 42, rue Jean-Frédéric Oberlin 67000 Strasbourg Tél.: 03 88 23 94 70 Fax: 03 88 23 05 88</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ● À compléter par l'organisme de formation

### 4 Identification de l'organisme de formation

Raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal | | | | | | Ville \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Tél. | | | | | | | | | | | | | | | | Fax. | | | | | | | | | | | | | | |

N° Siret | | | | | | | | | | | | | | | | Code APE | | | | | | | | | |

N° déclaration d'activité | | | | | | | | | | | | | | | |

Votre organisme est-il assujéti à la TVA ?  Oui  Non

Si oui, N° de TVA intracommunautaire | | | | | | | | | | | | | | | |

### 5 Descriptif de la formation

Intitulé du stage \_\_\_\_\_

Dates de la formation du | | | | | | | | au | | | | | | | | Effectif maximum \_\_\_\_\_ stagiaires

Durée totale \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_ jours

Adresse du lieu de formation \_\_\_\_\_

Code postal | | | | | | Ville \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Tél. | | | | | | | | | | | | | | | | Fax. | | | | | | | | | | | | | | |

### 6 Coût de la formation

<b>Coût pédagogique (à l'exclusion de tout autre frais)</b>	H.T.	T.T.C.
<b>Autres frais (le cas échéant)</b>		
Frais d'inscription (frais de dossier)	H.T.	
Adhésion	H.T.	
Frais de fournitures et matériel pédagogique	H.T.	
Autre (précisez)	H.T.	
<b>Total des frais</b>	H.T.	T.T.C.

### 7 Admission

NOM / Prénom du candidat \_\_\_\_\_

Le candidat est  Admis  En attente de résultats \_\_\_\_\_ Date des résultats | | | | | | | |

### Certification

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette page

Fait à \_\_\_\_\_ Nom et qualité du signataire \_\_\_\_\_ Signature

Le \_\_\_\_\_

