

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"/> «Métier» conventionnée	<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"/> 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>ILE-DE-FRANCE, CENTRE</p> <p>Afdas (siège social) 66, rue Stendhal CS 32016 75990 Paris Cedex 20 Tél.: 01 44 78 34 16 Fax: 01 44 78 39 61</p>	<p>RHÔNE-ALPES, AUVERGNE, BOURGOGNE, FRANCHE-COMTÉ</p> <p>Afdas centre-est 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>PACA, CORSE, LANGUEDOC-ROUSSILLON</p> <p>Afdas sud-est 40, bd de Dunkerque BP 71663 13566 Marseille Cedex 02 Tél.: 04 91 99 41 98 Fax: 04 91 91 23 08</p>	<p>AQUITAINE, LIMOUSIN, MIDI-PYRÉNÉES, POITOU-CHARENTES</p> <p>Afdas sud-ouest 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>BRETAGNE, BASSE-NORMANDIE, PAYS-DE-LA-LOIRE</p> <p>Afdas ouest 227, rue de Châteaugiron 35000 Rennes Tél.: 02 23 21 12 60 Fax: 02 23 21 12 61</p>	<p>NORD-PAS DE CALAIS, HAUTE-NORMANDIE, PICARDIE</p> <p>Afdas nord-ouest 87, rue Nationale 59800 Lille Tél.: 03 20 17 16 80 Fax: 03 20 17 16 81</p>	<p>ALSACE, LORRAINE, CHAMPAGNE-ARDENNE</p> <p>Afdas est 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

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

