

Demande de prise en charge

Modalités de prise en charge à destination des artistes-auteurs

La loi de finances rectificative pour 2011, reconnaît le droit à la formation des auteurs.

1 Conditions d'accès

La formation des auteurs est accessible aux auteurs :

- affiliés à la MDA ou à l'AGESSA
- ou assujettis à la MDA ou à l'AGESSA

justifiant d'un montant de recettes cumulées de 9000 euros minimum sur les trois dernières années.

2 Constitution de votre dossier

Veillez y joindre :

- un devis,
 - le programme de la formation
 - votre CV,
 - une lettre de motivation
 - vos justificatifs d'activité :
- Si vous êtes affiliés : attestation d'affiliation MDA ou AGESSA en cours de validité.
Si vous êtes assujettis : attestation d'assujettissement, notes de droits d'auteurs, déclaration fiscale 2035, relevés SCAM, SACEM, SADC et justifier de 9000€ de revenus brut.

3 Conditions de dépôt de votre dossier

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 (dates disponibles sur www.afdas.com/auteurs/dates-des-commissions-auteurs).

Demande de prise en charge à destination des artistes-auteurs

1 Identité (à compléter par le candidat)

Nom : _____ Prénom : _____

Pseudonyme : _____ Né(e) le | | | | | | | | | | à : _____

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 Écrit et arts dramatiques Photographie

Arts graphiques et plastiques 2D-3D Musique et chorégraphie Cinéma et audiovisuel

Depuis quelle année ? | | | | | _____

Activité(s) secondaire(s) exercée(s) en qualité d'auteur _____

Situation actuelle Affilié à la MDA Affilié à l'AgeSSA Assujetti à la MDA Assujetti à l'AgeSSA

Autre activité Salarié CDD Salarié CDI Intermittent

Temps plein Temps partiel

Depuis quelle année ? | | | | | _____ Nom de l'entreprise : _____

2 Action de formation (à compléter par le candidat)

Titre du stage : _____

Dates du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | Organisme de formation : _____

Je sollicite une participation aux frais de transport et d'hébergement. J'ai pris connaissance des modalités de remboursement et je les accepte. (voir les modalités de défraiement sur www.afdas.com/auteurs)

Fait à : _____ Nom du signataire _____

Le : _____

Signature

Trouver votre délégation régionale

ÎLE-DE-FRANCE	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES ET BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR ET CORSE	LANGUEDOC-ROUSSILLON-MIDI-PYRÉNÉES	AQUITAINE LIMOUSIN POITOU-CHARENTES	BRETAGNE, CENTRE-VAL DE LOIRE ET PAYS DE LA LOIRE	NORD-PAS-DE-CALAIS -PICARDIE ET NORMANDIE	ALSACE-CHAMPAGNE-ARDENNE-LORRAINE
Afdas (siège social) 66, rue Stendhal CS 32016 75990 Paris Cedex 20 Tél.: 01 44 78 34 16 Fax: 01 44 78 39 61	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	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	Afdas sud Immeuble Le Thèbes 68, allée de Mycènes 34000 Montpellier Cedex 02 Tél.: 04 91 99 44 83 Fax: 04 67 15 81 45	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	Afdas ouest 227, rue de Châteaugiron 35000 Rennes Tél.: 02 23 21 12 60 Fax: 02 23 21 12 61	Afdas nord-ouest 87, rue Nationale 59000 Lille Tél.: 03 20 17 16 80 Fax: 03 20 17 16 81	Afdas est 42, rue Jean-Frédéric Oberlin 67000 Strasbourg Tél.: 03 88 23 94 70 Fax: 03 88 23 05 88

● 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 : _____

Date de création du stage du | | | | | au | | | | | Nombre de sessions par an | | | |

Date de la formation du | | | | | au | | | | | Nombre de participants par session | | | |

Durée totale | | | | | heures | | | | | jours

Adresse du lieu de formation : _____

Code postal | | | | | Ville : _____

Courriel : _____ Tél. | | | | | Fax. | | | | |

Nature de la certification délivrée en fin de stage _____

Titre ou diplôme homologué ou enregistré au RNCP (Répertoire national des certifications professionnelles)*

Date de publication au J.O | | | | |

Autre diplôme (d'université, de la Conférence des grandes écoles, MBA...) Précisez : _____

Diplôme d'Etat

Attestation de fin de stage

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 _____

Le _____ Signature _____

J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de l'Afdas (accessibles sur www.afdas.com)