Afdas.

OPÉRATEUR DE VOS COMPÉTENCES

www.afdas.com

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 brut minimum sur les trois dernières années.
ou 12 000 euros brut sur les 4 dernières années,
ou 15 000 euros brut sur les 5 dernières années.

2 Constitution de votre dossier

Veuillez 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, SACD 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 : Pseudonyme :

Prénom : Né(e) le | | | | | | | | | à :

Nº Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | |

Adresse

Code postal | | | | |

Tél. domicile | | | | | | | | | | Tél. portable | | | | | | | | | |

Courriel :

Activité principale exercée en qualité d'auteur :

Choisir la branche prof. 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 :

Le :

Nom du signataire

Signature

Cadre réservé à l'Afdas (ne pas remplir)

Nº stage

Dossier traité par le

Fiche candidat ☐ À créer

Recevabilité

☐ Affilié ☐ Assujetti

Documents communiqués

☐ Relevés SACEM, SACM, SACD

☐ Relevés fiscaux

☐ Notes de droits

Dossier complet le

Budget auteur disponible

Nature de la demande

Conventionné collectif

Nº produit Nº stage

Transversal

Organisme (nº OF) Prise en charge

Métier

Organisme (nº OF) Commission du

☐ Accepté ☐ Refusé Appel .....

Prise en charge

Frais annexes ☐ Oui ☐ Non

Commentaires

Trouver votre délégation régionale

ILE-DE-FRANCE
Siège social Délégation Île-de-France
66, rue Stendhal
CS 32016
75990
Paris Cedex 20
Tél. 01 44 78 39 39

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
Espace Confluence
3, cours Charlemagne CS 60038
69286 Lyon
Cedex 02
Tél. 04 72 00 23 00

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR, CORSE
40, bd de Dunkerque
CS 70522
13471 Marseille
Cedex 02
Tél. 04 91 99 41 98

NOUVELLE AQUITAINE
74, rue Georges Bonnac
Les Jardins de Gambetta
Tour 2 2ème étage
33000 Bordeaux
Tél. 05 56 48 91 80

BRETAGNE, CENTRE-VAL DE LOIRE ET PAYS DE LA LOIRE
19, rue des Veyettes
35000 Rennes
Tél. 02 23 21 12 60

HAUTS-DE-FRANCE, NORMANDIE
Immeuble le Vendôme,
50 rue Gustave Delory
59000 Lille
Tél. 03 20 17 16 80

GRAND EST, BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
8 rue Gustave Adolphe Hirn
CS 90180,
67005 Strasbourg
Cedex
Tél. 03 88 23 94 70

LA RÉUNION
Centre d'Affaires de la SEMIR
14 Rue de Guadeloupe ZA
Foucherolles 97490
Sainte-Clotilde
Tél. 02 62 90 41 37

Si vous êtes domicilié dans les départements 09 - 12 - 31 - 32 - 46 - 65 - 81 - 82, adressez vos justificatifs à l'adresse 74, rue Georges Bonnac — Les Jardins de Gambetta, Tour 2 — 33000 Bordeaux
Si vous êtes domicilié dans les départements 11 - 30 - 34 - 48 - 66, adressez vos justificatifs à l'adresse 40, boulevard de Dunkerque — CS 70522 — 13471 Marseille Cedex 02

À compléter par l'organisme de formation

4 Identification de l'organisme de formation

Raison sociale :

Adresse :

Code postal | | | | | | Ville :

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

Nº Siret | | | | | | | | | | | | | | Code APE | | | | | |

Nº déclaration d'activité | | | | | | | | | | | |

Votre organisme est-il assujetti à la TVA ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Nº 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

Le

Nom et qualité du signataire

Signature

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