

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)