

## Formation professionnelle continue

### Demande de prise en charge à destination des intermittents du spectacle

#### À compléter

Veuillez compléter et signer la page 1 et faire compléter la page 2 par le centre de formation. Renseignez-vous sur <https://www.afdas.com/particuliers> pour connaître les pièces complémentaires à joindre à ce dossier.

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

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Pseudonyme \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse \_\_\_\_\_

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

Téléphone | | | | | | | | | | | | | | | |

Courriel (en majuscules) \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Ancienneté professionnelle (date du premier jour de travail) | | | | | | | | | | | | | | | |

Ville de naissance \_\_\_\_\_

Pays de naissance \_\_\_\_\_

Diplôme le plus élevé obtenu

Niveau 1 (Master université/Diplôme de Grande école)       Niveau 2 (Maîtrise/Licence)

Niveau 3 (BTS/DUT)       Niveau 4 (Baccalauréat)

Niveau 5 (BEP/CAP/Brevet des collèges)       Niveau 6 (Scolarité obligatoire)

Statut  Cadre  Non cadre

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

Titre du stage \_\_\_\_\_

Durée totale \_\_\_\_\_ heures      Coût \_\_\_\_\_ euros H.T.

Date du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |

Organisme de formation \_\_\_\_\_

Je sollicite une participation aux frais de transport et d'hébergement et j'ai pris connaissance des modalités de remboursement.

Je certifie l'exactitude des éléments fournis ci-dessus.

Fait à : \_\_\_\_\_ Nom du signataire \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

#### Cadre réservé à l'Afdas (ne pas remplir)

N° dossier \_\_\_\_\_

PDC       CPF

Dossier traité par \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Code d'état initial  I     Y     Z     2     F

Fiche candidat  À créer     À modifier     OK

Catégorie  Techn. AV (1)     Art. (2)

Mus. (3)     Techn. SV (5)

Pièces manquantes  CV     Devis     Programme

Lettre de motivation     Justif. d'activité

Autres \_\_\_\_\_

Dossier complet le : \_\_\_\_\_

Recevabilité \_\_\_\_\_

1<sup>ère</sup> DS  Oui     Non    DDE de levée de carence  Oui     Non

Date fin de carence \_\_\_\_\_

Situation  A     B     K     I     O     42     43

Produit \_\_\_\_\_ Organisme \_\_\_\_\_

Code CPF \_\_\_\_\_

Suite à un CEP  Oui     Non

Étude administrative \_\_\_\_\_ du : \_\_\_\_\_

Commentaires \_\_\_\_\_

Vérifié par : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Étude administrative     Étude CEP

Décision  Acceptée     Refusée

Visée par : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Prise en charge \_\_\_\_\_

Code état décision : \_\_\_\_\_ Frais annexes  Oui     Non

Commentaires \_\_\_\_\_

Courriers envoyés le : \_\_\_\_\_

Dossiers transmis à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Les informations recueillies par l'Afdas sont nécessaires à l'enregistrement et aux traitements de vos demandes, et ont pour seuls destinataires le personnel habilité de l'Afdas. Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition, conformément aux articles 38 à 40 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, merci d'adresser votre courrier à : Service Qualité AFDAS, 66, rue Stendhal - CS 32016 - 75890 Paris Cedex 20, en joignant une copie d'une pièce d'identité.

Tous les champs sont obligatoires.



## À compléter par l'organisme de formation

### 3 - Identification de l'organisme de formation

Raison sociale	
Adresse	
Code postal	Ville
Téléphone	Télécopie
N° Siret	
Code NAF	Courriel
N° de déclaration d'activité (art. L6351-1 et suivants du Code du travail)	
Votre organisme est-il assujetti à la TVA ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, n° de TVA intracommunautaire	

### 4 - Description de la formation

Intitulé du stage				
Date de début	Date de fin			
Durée totale	heures	jours	Durée hebdomadaire	heures
Adresse du lieu de formation				
Code postal	Ville			
Si la formation prévoit un stage pratique, précisez :				
Durée totale	heures théoriques	heures pratiques		

### 5 - Formation éligible au CPF (compte personnel de formation)

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Code CPF	

### 6 - Coût de la formation

1. Coût pédagogique (à l'exclusion de tout autre frais)	H.T.	T.T.C. (TVA à 20%)
2. Autres frais (le cas échéant)		
Frais d'inscription (frais de dossier)	H.T.	
Adhésion	H.T.	
Frais de fournitures et matériel pédagogiques	H.T.	
Frais d'hébergement	H.T.	
Autre (précisez) :	H.T.	
Montant total des autres frais	H.T.	T.T.C.

### 7 - Admission

Nom/Prénom du candidat		
Le candidat est	<input type="checkbox"/> admis <input type="checkbox"/> en attente de résultats	signalez la date des résultats
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de l'Afdas (accessibles sur <a href="http://www.afdas.com">www.afdas.com</a> )		

Je certifie l'exactitude des éléments fournis ci-dessus.

Fait à	Nom et qualité du signataire	Signature
Le		

Tous les champs sont obligatoires.