

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.

Tous les champs sont obligatoires.

1 Identité

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

Titre du stage _____

Durée totale _____ heures Coût _____ euros H.T.

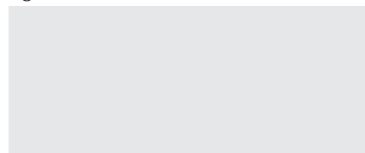
Date du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | | | | | | | |

Organisme de formation _____

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

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 - 75990 Paris Cedex 20, en joignant une copie d'une pièce d'identité.

Signature



Fait à _____ Le _____

Cadre réservé à l'Afdas (ne pas remplir)

N° dossier _____

PDC CPF

Dossier traité par _____ le : _____

Code d'état initial 1 Y Z 2 F

Fiche candidat À créer À modifier Ok

Catégorie Techn. AV (1) Art. (2)

Mus. (3) Techn. SV (5)

Pièces manquantes c.v. Devis Programme

Lettre de motivation Justif. d'activité

Autres _____

Dossier complet le : _____

Recevabilité _____

1^{er} 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 _____

Vérfié par : _____ le : _____

Étude administrative Étude CEP

Décision Acceptée Refusée

Visée par : _____ le : _____

Prise en charge _____

Code état décision : _____ Frais annexe Oui Non

Commentaires _____

Courriers envoyés le : _____

Dossiers transmis à : _____ le : _____

● À compléter par l'organisme de formation.

Tous les champs sont obligatoires.

1 Identité 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 assujéti à la TVA ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, n° de TVA intracommunautaire	

2 Descriptif de la formation

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

3 Formation éligible au CPF (compte personnel de formation)

Oui	Non
Code CPF	

4 Coût de la formation

	H.T.	T.T.C. (TVA à 20%)
1. Coût pédagogique (à l'exclusion de tout autre frais)		
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.

5 Admission

NOM/Prénom du candidat :	
Le candidat est	signalez la date des résultats
<input type="checkbox"/> admis	<input type="checkbox"/> en attente de résultats

Certification

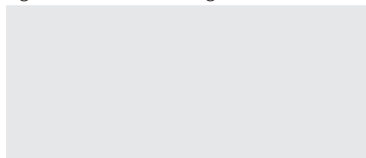
Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette page

Nom et qualité du signataire

Fait à

Le

Signature et cachet de l'organisme



Transmettez votre dossier à la délégation Afdas correspondant à votre lieu de résidence

DÉLÉGATION ÎLE-DE-FRANCE

Siège social

66, rue Stendhal,
CS 32016, 75 990 Paris Cedex 20
Tél. : 01 44 78 38 44
Fax : 01 44 78 39 60
Email : ids@afdass.com

Horaires d'accueil : consultez
www.afdas.com/infos/ou-nous-trouver

DÉLÉGATION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Espace Confluence, 3, cours Charlemagne,
CS 60038, 69286 Lyon Cedex 02
Tél. : 04 72 00 23 00
Fax : 04 72 00 22 71
Email : lyon@afdass.com

Horaires d'accueil : consultez
www.afdas.com/infos/ou-nous-trouver

DÉLÉGATION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR, CORSE

40, boulevard de Dunkerque,
BP 71663, 13 566 Marseille Cedex 02
Tél. : 04 91 99 41 98
Fax : 04 91 91 23 08
Email : marseille@afdass.com

Horaires d'accueil : consultez
www.afdas.com/infos/ou-nous-trouver

DÉLÉGATION NOUVELLE-AQUITAINE

74, rue Georges Bonnac,
Les Jardins de Gambetta, Tour 2
2ème étage
33 000 Bordeaux
Tél. : 05 56 48 91 80
Fax : 05 56 48 91 81
Email : bordeaux@afdass.com

Horaires d'accueil : consultez
www.afdas.com/infos/ou-nous-trouver

DÉLÉGATION GRAND EST, BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

8, rue Gustave Adolphe Hirn
CS 90180, 67005 Strasbourg Cedex
Tél. : 03 88 23 94 70
Fax : 03 88 23 05 88
Email : strasbourg@afdass.com

Horaires d'accueil : consultez
www.afdas.com/infos/ou-nous-trouver

DÉLÉGATION CENTRE-OUEST

19, rue des Veyettes
35000 Rennes
Tél. 02 23 21 12 60
Fax : 02 23 21 12 61
Email : rennes@afdass.com

Horaires d'accueil : consultez
www.afdas.com/infos/ou-nous-trouver

DÉLÉGATION HAUTS-DE-FRANCE, NORMANDIE

50 rue Gustave Delory
1er étage - Lille
Tél. 03 20 17 16 80
Email : lille@afdass.com
Fax : 03 20 17 16 81

Horaires d'accueil : consultez
www.afdas.com/infos/ou-nous-trouver

DÉLÉGATION OCCITANIE

Immeuble Le Thèbes
68, allée de Mycènes
34000 Montpellier
Tél. 04 91 99 44 83

Horaires d'accueil : consultez
www.afdas.com/infos/ou-nous-trouver

ANTENNE DE L'ÎLE DE LA RÉUNION

Centre d'Affaires de la SEMIR
14 Rue de Guadeloupe ZA Foucherolles
97490 Sainte-Clotilde
Tél. 02 62 92 10 43

Horaires d'accueil : consultez
www.afdas.com/infos/ou-nous-trouver