

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

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, 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 : _____

N° 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 : _____ Nom du signataire _____

Le : _____ Signature _____

Cadre réservé à l'Afdas (ne pas remplir)

N° 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 _____

N° produit _____ N° stage _____

Transversal _____

Organisme (n° OF) _____ Prise en charge _____

Métier _____

Organisme (n° OF) _____ Commission du _____

Accepté Refusé Appel _____

Prise en charge _____

Frais annexes Oui Non _____

Commentaires _____

Trouver votre délégation régionale

ILE-DE-FRANCE	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR ET CORSE	OCCITANIE	NOUVELLE AQUITAINE	BRETAGNE, CENTRE-VAL DE LOIRE, PAYS DE LA LOIRE	HAUTS-DE-FRANCE ET NORMANDIE	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ ET GRAND EST	LA RÉUNION
Siège social 66, rue Stendhal 75020 Tél. 01 44 78 39 39	Espace Confluence 3, cours Charlemagne 69286 Lyon Cedex 02 Tél. 04 72 00 23 00	40, bd de Dunkerque BP 71663 13566 Marseille Cedex 02 Tél. 04 91 99 41 98	Immeuble Le Thèbes 68, allée de Mycènes 34000 Montpellier Tél. 04 91 99 44 83	74, rue Georges Bonnac Les Jardins de Gambetta Tour 2 33000 Bordeaux Tél.: 05 56 48 91 80	19, rue des Veyettes 35000 Rennes Tél. 02 23 21 12 60	Immeuble le Vendôme, 50 rue Gustave Delory 59000 Lille Tél. 03 20 17 16 80	42, rue Jean-Frédéric Oberlin 67000 Strasbourg Tél. 03 88 23 94 70	Centre d'Affaires de la SEMIR 14 Rue de Guadeloupe ZA Foucherolles 97490 Sainte-Clotilde Tél. 02 62 90 41 37

● À compléter par l'organisme de formation

4 Identification de l'organisme de formation

Raison sociale : la malterie

Adresse : 42, rue Kuhlmann

Code postal | 5 | 9 | 0 | 0 | 0 |

Ville : Lille

Courriel :

Tél. | 0 | 6 | 0 | 3 | 2 | 1 | 8 | 9 | 1 | 5 |

Fax. | | | | | | | | | | | |

N° Siret | 4 | 2 | 9 | 1 | 1 | 9 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 |

Code APE | 9 | 0 | 0 | 1 | Z |

N° déclaration d'activité | 3 | 1 | 5 | 9 | 0 | 6 | 6 | 5 | 4 | 5 | 9 |

Votre organisme est-il assujéti à la TVA? Oui Non

Si oui, N° de TVA intracommunautaire | | | | | | | | | | | | | |

5 Descriptif de la formation

Intitulé du stage : Présenter son travail en anglais

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

Date de la formation du | 1 | 6 | 1 | 1 | 2 | 0 | au | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | Nombre de participants par session | 6 | |

Durée totale | | 3 | 5 | heures | | | | 5 | jours

Adresse du lieu de formation : 42, rue Kuhlmann

Code postal | 5 | 9 | 0 | 0 | 0 |

Ville : Lille

Courriel : ressource@lamalterie.com

Tél. | 0 | 6 | 0 | 3 | 2 | 1 | 8 | 9 | 1 | 5 |

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.	1225 €	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)