

Complétez la page 1 et transmettez le formulaire au centre de formation.

Votre demande doit être accompagnée :

- de l'attestation de l'AGESSA ou de la Maison des Artistes suivant le cas.
- d'un justificatif de domicile en Ile-de-France

# Demande de prise en charge

## AUTEURS DE L'ÉCRIT

### 1 IDENTITÉ (À COMPLÉTER PAR LE CANDIDAT)

NOM	
Prénom	
Pseudonyme	
N° Sécurité sociale	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Téléphone domicile	
Téléphone portable	
E-mail	
Métier	
Ancienneté professionnelle	

### 2 ACTION DE FORMATION (À COMPLÉTER PAR LE CANDIDAT)

Titre du stage	
Durée totale	heures
Date	du au
Organisme de formation	

### 3 SIGNATURE

Fait à	
Le	

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'enregistrement de votre demande. En application de l'article 27 de la loi du 06/01/78, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent sur simple appel auprès de nos services. Afdas • 4FIN0069-v01 • mars 2010

J'atteste sur l'honneur ne pas bénéficier d'un droit ou financement d'une formation, sous le régime général ou de l'intermittence. (signer dans le cadre ci-dessous).

### RÉSERVÉ AFDAS (ne pas compléter)

N° DOSSIER :	<input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> DIF
DOSSIER TRAITÉ PAR :	LE :
CODE ÉTAT INITIAL :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> 2
FICHE CANDIDAT :	<input type="checkbox"/> A créer <input type="checkbox"/> A modifier <input type="checkbox"/> OK
CATÉG. :	<input type="checkbox"/> Techn. AV (1) <input type="checkbox"/> Art. (2) <input type="checkbox"/> Mus. (3) <input type="checkbox"/> Techn. SV (5)
DOSSIER COMPLET :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PIÈCES MANQUANTES :	<input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> Lettre motivation <input type="checkbox"/> Devis <input type="checkbox"/> Justif. d'activité <input type="checkbox"/> Programme <input type="checkbox"/> Complément justif.
Autres :	
DOSSIER COMPLET LE :	
RECEVABILITÉ :	
1 <sup>ère</sup> DS :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non DDE LEVÉE DE CARENCE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DATE FIN DE CARENCE :	
SITUATION :	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> F
PRODUIT :	ORGANISME :
ÉTUDE ADMINISTRATIVE	DU :
CP :	<input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> ART <input type="checkbox"/> MUS <input type="checkbox"/> SV DU :
COMMENTAIRES :	
VÉRIFIÉ PAR :	LE :
ÉTUDE ADMINISTRATIVE	
DÉCISION :	<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> A présenter en CP
PRISE EN CHARGE :	
CODE ÉTAT DÉCISION :	FRAIS ANNEXES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COMMENTAIRES :	
VISÉE PAR :	LE :
ÉTUDE CP	NOUVELLE ÉTUDE
<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée	<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée
PRISE EN CHARGE :	PRISE EN CHARGE :
CP :	VISÉE PAR :
LE :	LE :
CODE ÉTAT DÉCISION :	CODE ÉTAT DÉCISION :
FRAIS ANNEXES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	FRAIS ANNEXES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COMMENTAIRES :	
COURRIERS ENVOYÉS LE :	
DOSSIERS TRANSMIS À :	LE :

## 1 IDENTIFICATION DE L'ORGANISME DE FORMATION

Raison sociale																				
Adresse																				
Code postal						Ville														
Téléphone												Télécopie								
N° Siret								Code APE (NAF)												
N° déclaration d'activité (art. L920-4 du Code du travail)																				
Votre organisme est-il assujetti à la TVA ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>																
Si oui, n° de TVA intracommunautaire																				

## 2 DESCRIPTIF DE LA FORMATION

Intitulé du stage																				
Dates	du											au								
Durée totale					heures			jours			Durée hebdomadaire			heures						
Adresse du lieu de formation																				
Code postal						Ville														
Téléphone												Télécopie								

## 3 COÛT DE LA FORMATION

<b>Coût pédagogique (à l'exclusion de tout autre frais)</b>		H.T.		T.T.C.
<b>Autres frais (le cas échéant)</b>				
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.

## 4 ADMISSION

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

## 5 SIGNATURE

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette page												
Nom et qualité du signataire												
Fait à						Le						Signature et cachet de l'organisme