

CANDIDATURE - FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS
COMPOSER À PARTIR D'UN TERRAIN DOCUMENTAIRE
SESSION 2025

CANDIDAT·E

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE	NATIONALITÉ
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
TÉLÉPHONE	MAIL
TÉL. PORTABLE	STATUT PROFESSIONNEL

Avez-vous une situation de handicap à nous signaler qui nécessiterait un ajustement de la formation ?

☐

OUI

☐

NON

Si oui, précisez :

.....
.....

Fait à, le

SIGNATURE

* En option : présentation d'un projet de création sonore en cours

Titre

.....
.....

Résumé

.....
.....

FINANCEMENT DE LA FORMATION

AFDAS

Êtes-vous intermittent-e du spectacle ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci d'indiquer le n° de congés spectacle :

Avez-vous le statut d'artiste-auteur ?

☐ OUI ☐ NON

Pouvez-vous bénéficier d'une prise en charge de l'AFDAS ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, avez-vous déjà déposé votre dossier de demande de financement auprès de l'AFDAS ?

☐ OUI ☐ NON

FRANCE TRAVAIL

Dépendez-vous du régime général de France Travail / Pôle emploi ?

☐ OUI ☐ NON

Êtes-vous inscrit à France Travail/Pôle emploi ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci d'indiquer votre identifiant et votre département de référence :

Avez-vous initié les démarches auprès de France Travail / Pôle Emploi à propos du finance-ment ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de préciser :

AUTO-ENTREPRISE

Êtes-vous auto-entrepreneur-euse ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, avez-vous initié les démarches auprès de votre structure référente à propos du finance-ment ?

AUTRES

Pouvez-vous bénéficier d'une autre prise en charge ?

☐ OUI ☐ NON ☐ EN ATTENTE DE RÉPONSE

Si oui, indiquer laquelle :

Souhaitez-vous financer cette formation sur fonds propres ?

☐ OUI ☐ NON

REMARQUES