



CANDIDATURE - FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS
FORMATION CRÉER PAR ET AVEC LE SONORE
SESSION 2026

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

EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES

Avez-vous déjà réalisé un ou plusieurs films ?

OUI

NON

Si oui, merci d'indiquer les titres ainsi que les liens de visionnage (si vous le souhaitez) :

.....
.....

Avez-vous déjà suivi une autre formation ?

OUI

NON

Si oui, merci d'indiquer quelle(s) formation(s) et pour lequel de vos projets :

.....
.....

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 financement ?

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 financement ?

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