



ardèche
images

ardècheimages.org

l'école documentaire

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX
RENCONTRES D'AOÛT
2026

PROJET

Titre :

.....

Durée :

Format :

S'agit-il d'une première œuvre ?

.....

.....

☐ OUI

☐ NON

Périodes et lieux de tournages :

Avec ce projet, l'auteur·rice-réalisateur·rice a obtenu (plusieurs réponses possibles) :

• Une aide à l'écriture du CNC ?

Si oui, en quelle année ?

☐ OUI

☐ NON

.....

• Une bourse SCAM Brouillon d'un rêve audiovisuel ?

Si oui, en quelle année ?

☐ OUI

☐ NON

.....

• Une aide à l'écriture régionale ? *Si oui, laquelle ?*

Si oui, en quelle année ?

☐ OUI

☐ NON

.....

.....

Avec ce projet, l'auteur·rice-réalisateur·rice a suivi :

• La formation à l'écriture documentaire
Ardèche images ou Docmonde ?

Si oui, en quelle année ?

☐ OUI

☐ NON

.....

• Le Master 2 Documentaire de création d'Ardèche Images en
partenariat en partenariat avec l'UFR LLASIC de l'Université
Grenoble-Alpes ?

Si oui, en quelle année ?

☐ OUI

☐ NON

.....

• Une autre formation à l'écriture
documentaire ?

Si oui, laquelle ?

Si oui, en quelle année ?

☐ OUI

☐ NON

.....

.....

AUTEUR·RICE-RÉALISATEUR·RICE DU PROJET

NOM	PRÉNOM
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
TÉLÉPHONE	MAIL
TÉL. PORTABLE	

Film(s) éventuel(s) déjà réalisé(s) - titre, production, durée, année à préciser :

Fait à, le

SIGNATURE

COAUTEUR·RICE-RÉALISATEUR·RICE (ÉVENTUEL)

NOM	PRÉNOM
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
TÉLÉPHONE	MAIL
TÉL. PORTABLE	

Film(s) éventuel(s) déjà réalisé(s) - titre, production, durée, année à préciser :

Fait à, le

SIGNATURE

PRODUCTEUR DU PROJET (OBLIGATOIRE)

NOM	PRÉNOM
SOCIÉTÉ	
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
TÉLÉPHONE	MAIL

Fait à, le

SIGNATURE

COPRODUCTEUR·RICE (ÉVENTUEL)

NOM	PRÉNOM
SOCIÉTÉ	
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
TÉLÉPHONE	MAIL

Fait à, le

SIGNATURE

REMARQUES

FINANCEMENT DE LA FORMATION

AFDAS

Pouvez-vous bénéficier d'une prise en charge de l'AFDAS en tant qu'intermittent-e du spectacle ?

☐

OUI

☐

NON

Pouvez-vous bénéficier d'une prise en charge de l'AFDAS en tant qu'artiste-auteur ?

☐

OUI

☐

NON

Pouvez-vous bénéficier d'une prise en charge de l'AFDAS en tant que société

☐

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 :

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