



**PROGRAMME DE SOUTIEN À L'ENTRAÎNEMENT DES INTERPRÈTES
DEMANDE DE PARTICIPATION 2010-2011**

Veillez lire attentivement la Politique 2010-2011 du Programme de soutien à l'entraînement des interprètes avant de remplir votre demande de participation au Programme. Assurez-vous de joindre des copies de contrats ou de lettres d'entente avant d'acheminer votre demande au RQD. Les documents originaux ne vous seront pas retournés. Aucune demande de participation incomplète ne sera évaluée par le coordonnateur du développement professionnel.

1. IDENTIFICATION

Prénom, Nom :

Téléphone :

Courriel :

2. MEMBRE INDIVIDUEL PROFESSIONNEL OU MEMBRE CORPORATIF PROFESSIONNEL

- Je suis actif en tant qu'interprète de danse et j'ai fait un minimum de **huit représentations rémunérées**, réalisées dans un contexte professionnel, au Québec ou au Canada, sur une période de deux ans.
- Ci-joint une preuve** de chaque activité réalisée à titre d'interprète en danse (copies de contrat ou de lettres d'entente). **Veillez détailler chaque preuve au verso.**
- OU**
- Je n'ai pas fait un minimum de huit représentations, mais j'ai à mon actif **un minimum de 300 heures d'activités professionnelles rémunérées** (participation à un processus d'exploration, de recherche ou de création), réalisées à titre d'interprète en danse sur une période de deux ans.
- Ci-joint une preuve** de chaque activité réalisée à titre d'interprète en danse (copies de contrat ou de lettres d'entente). **Veillez détailler chaque preuve au verso.**
- OU**
- Je reçois de mon employeur un soutien à l'entraînement sur une base régulière** (soutien financier ou classes) et je demande au RQD un soutien à l'entraînement pour les périodes de relâche ou de chômage.
- Nom de l'employeur :**
- Ci-joint une attestation** de l'employeur spécifiant les dates de relâche ou de chômage.
- OU**
- Je n'ai pas été actif en tant qu'interprète sur une période de deux ans en raison d'un **arrêt de travail prolongé** (grossesse, congé de maternité, blessure, accident ou maladie).
- Dates et raison de l'arrêt de travail :**
- Ci-joint un c. v. à jour et une attestation médicale.**

3. MEMBRE ASSOCIÉ

- J'ai complété, depuis trois ans et moins, une formation initiale en danse** dans un établissement de formation de niveau supérieur (diplômé en 2008, 2009 ou 2010); ou une formation jugée équivalente.
- Sauf si déjà transmis au RQD, ci-joint une copie du diplôme ou de l'attestation d'études collégiales en danse (aucun relevé de notes n'est accepté); ou un CV détaillé du parcours de formation.
- Depuis 2008-2009, le membre associé, en adhérant au Programme, peut obtenir un soutien financier pour les classes de danse prises dans un autre genre de danse au choix. **Précisez le genre de danse pour lequel vous désirez obtenir un soutien financier :** _____

RÉSUMÉ DES EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES

Assurez-vous de joindre les copies de contrats ou de lettres d'entente avant d'acheminer votre demande au RQD.

Les documents originaux ne vous seront pas retournés. Rayez toute information confidentielle que vous ne souhaitez pas divulguer.

Aucune demande de participation incomplète ne sera évaluée par le coordonnateur du développement professionnel.

CONTRAT N° 1

Contrat rémunéré : OUI NON

Nature du contrat (recherche, création, reprise, etc.) : _____

Dates de début et de fin de contrat : _____

Titre de l'œuvre ou de l'activité : _____

Nom du chorégraphe ou du producteur : _____

Nombre d'heures en studio (si aucune représentation) : _____

Nombre de représentations : _____

Dates des représentations : du _____ (mois / année) au _____ (mois / année)

Lieux des représentations (théâtre, ville) : _____

CONTRAT N° 2

Contrat rémunéré : OUI NON

Nature du contrat (recherche, création, reprise, etc.) : _____

Dates de début et de fin de contrat : _____

Titre de l'œuvre ou de l'activité : _____

Nom du chorégraphe ou du producteur : _____

Nombre d'heures en studio (si aucune représentation) : _____

Nombre de représentations : _____

Dates des représentations : du _____ (mois / année) au _____ (mois / année)

Lieux des représentations (théâtre, ville) : _____

CONTRAT N° 3

Contrat rémunéré : OUI NON

Nature du contrat (recherche, création, reprise, etc.) : _____

Dates de début et de fin de contrat : _____

Titre de l'œuvre ou de l'activité : _____

Nom du chorégraphe : _____

Nombre d'heures en studio (si aucune représentation) : _____

Nombre de représentations : _____

Dates des représentations : du _____ (mois / année) au _____ (mois / année)

Lieux des représentations (théâtre, ville) : _____

J'ATTESTE QUE

- Aucun diagnostic m'empêchant de pratiquer le métier de danseur dans un contexte professionnel n'a été posé par un professionnel de la santé.
- Les renseignements fournis dans ce formulaire et dans les documents joints sont véridiques et complets.

Signature : _____ Date : _____