ACTRA

FEUILLE D'AUDITION ACTRA *(IPA)*

***** TOUTES LES INFORMATIONS DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES*****

Partie A : à remplir par le directeur de casting

☑ Cochez l'option appropriée : Télévision ☐ Film ☐ Long mét. ☐ Court mét. ☐ Série ☐ Autre ☐ Devant la caméra ☐ Voix Hors Champ ☐ Précisez :		
UTILISATION PRÉVUE :	ENVOYER AU BUREAU LOCAL DE L'ACTRA :	NOMBRE TOTAL PERSONNES AUDITIONNÉES :
NOM DU DIRECTEUR DE CASTING :	TITRE DE LA PRODUCTION :	PRODUCTION CO :

Partie B : à remplir par les Artistes-interprètes. Veuillez écrire clairement en caractères d'imprimerie. DATE :

Nom	Numéro ACTRA	Agent	Rôle	Heure d'appel	Heure entrée	Heure départ	Initiales	Numéro de l'entrevue				Initiales Refus
								1	2	3	4	

Dernière révision : 2024-oct-01