

Fiche handicap

à compléter si concerné(e) et à retourner au service formation 15 jours minimum avant le début du stage

Intitulée de la formation :

Date :

Votre identité :

Nom - Prénom :

Grade :

Tél : E-mail :

				Handicaps non visibles (migraine, claustrophobie, lombalgie, hyper-activité, maladie de Crohn...)
Moteur <input type="checkbox"/>	Visuel <input type="checkbox"/>	Auditif <input type="checkbox"/>	Mental <input type="checkbox"/>	Autre (1) <input type="checkbox"/>

(1) Autre :

Analyse du besoin et faisabilité par l'organisme de formation pour l'accès à la formation :

Vous	L'organisme peut-il adapter sa prestation selon le type de handicap ?			
	Types d'aménagements nécessaires	Oui	Non	Si oui, quelle(s) solution(s) apporter :

Conclusion :

Admission en formation

Réorientation

Organisme et contact :

Tél. + courriel :

Aménagements / adaptations à mettre en place :

A la date du :

Aménagements / Adaptations à mettre en place	Pilotes internes	Aide externe

Suivi des aménagements mis en place

Date :

Est-ce que les aménagements mis en place ont été efficaces ?

OUI

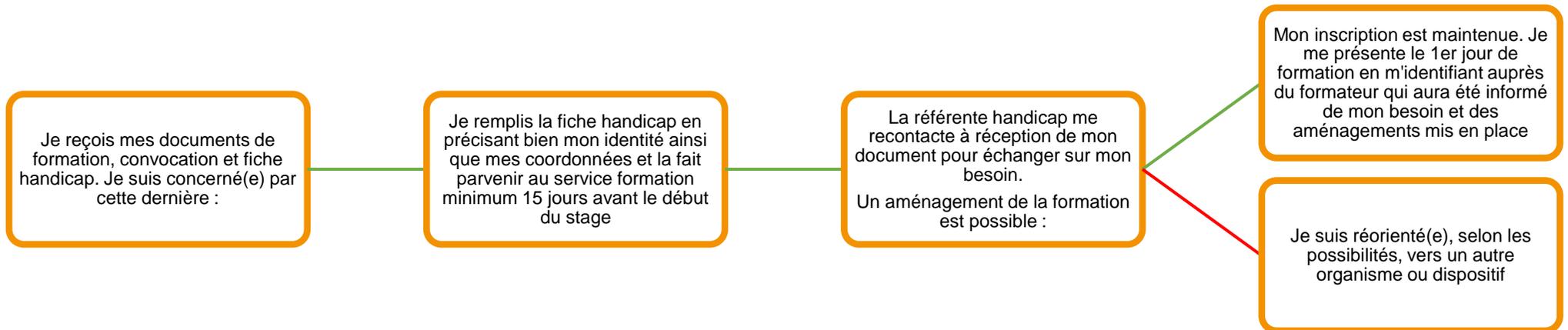
NON

Si non, pourquoi ?

Quelles autres solutions pourraient être mise en place ?

Tournez la page svp 

LOGIGRAMME : TRAITEMENT DES FICHES HANDICAP



— = OUI

— = NON