

# Fiche handicap

à compléter et à retourner à notre service, 15 jours avant le début de la formation

Intitulée de la formation : .....

Date : .....

## Votre identité :

Nom - Prénom : .....

Tél : ..... E-mail : .....



Moteur



Visuel



Auditif



Mental

Autre (1)

(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 ?		
	Oui	Non	Si oui, quelle(s) solution(s) apporter :
Types d'aménagements nécessaires			

## 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 ?