

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 ?