

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 ☐	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

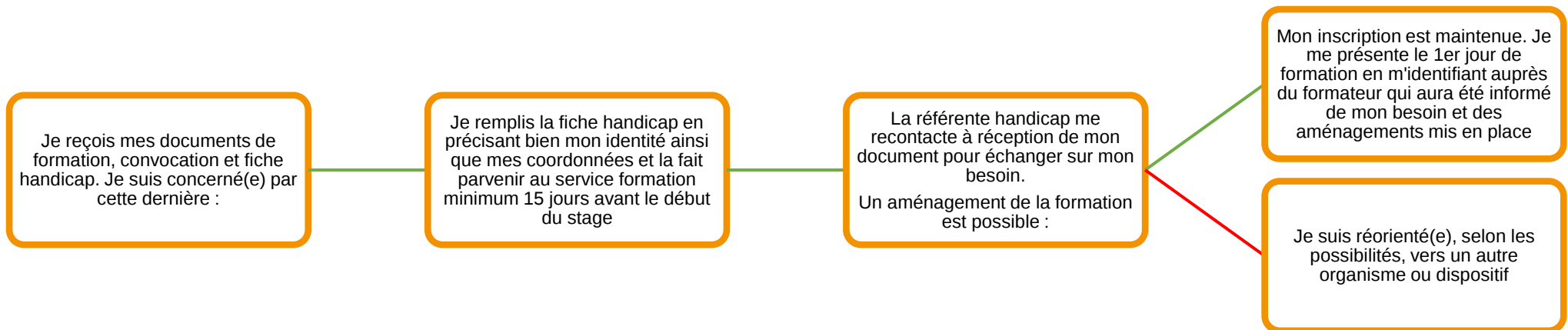
Si non, pourquoi ?

Quelles autres solutions pourraient être mise en place ?

Tournez la page svp



LOGIGRAMME : TRAITEMENT DES FICHES HANDICAP



_____ = OUI

_____ = NON