



D'IDENTIFICATION DES BESOINS D'ADAPTATION PUBLIC EN SITUATION DE HANDICAP

Ce formulaire est confidentiel. Il vise à identifier les aménagements à prévoir pour garantir l'accessibilité et le bon déroulement de votre parcours.

Informations personnelles

Nom :	
Prénom :	
Téléphone :	
Adresse e-mail :	@
Société / Organisme :	

Informations générales

Action concernée :

- Formation continue (AFC) Bilan de compétences Accompagnement à la VAE

Mode d'intervention :

- Inter-entreprise Intra-entreprise Distanciel Présentiel Mixte

Déclaration de situation

Avez-vous une reconnaissance officielle de handicap ? Oui Non En cours de reconnaissance

Souhaitez-vous que votre situation soit prise en compte pour un aménagement ? Oui Non

Acceptez-vous d'être recontacté(e) par notre référente handicap ? Oui Non

Conséquences / Contraintes liées à la situation de handicap

Souhaitez-vous nous préciser les conséquences de votre situation de handicap sur le plan professionnel ou en formation ?

Ce que vous pouvez / ne pouvez pas faire :

Date Création :
05/02/2025

Date M&J :
05/02/2025

C2F
11, Domaine de Comperou Chemin de Papin 97170 PETIT-BOURG
Contacts - Tel : +590 690 766 188 / Mail : carinefontenelle@c2f-antilles.com
Siret : 890 765 902 00014 - APE : 85.59A
N° de Déclaration d'Activité : 01 97 34400 97 (Ce numéro ne vaut pas agrément de l'Etat)

Version : 0_01

Responsable :
C.F. F



D'IDENTIFICATION DES BESOINS D'ADAPTATION PUBLIC EN SITUATION DE HANDICAP

Avez-vous déjà bénéficié d'un accompagnement ou d'adaptations spécifiques lors d'une précédente formation ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Besoins d'adaptation pédagogiques à prévoir

Type d'adaptation	Oui	Non	Précisions
Avez-vous besoin d'un aménagement du rythme ou d'un temps plus long ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Supports en format adapté (PDF accessible, gros caractères)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aide à la compréhension ou reformulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'un outil d'assistance (logiciel, lecteur, interprète LSF...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méthodes pédagogiques spécifiques (visuel, auditif, pratique...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souhaitez-vous bénéficier d'un aménagement des évaluations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aménagements matériels / logistiques			
- Accessibilité physique (locaux, rampes, sanitaires, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Matériel spécifique (ordinateur, casque, loupe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Aide humaine (interprète LSF, accompagnateur, assistant de vie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Besoins liés aux aspects périphériques à la formation

- Transport
- Hébergement
- Restauration

Observations ou demandes complémentaires :



D'IDENTIFICATION DES BESOINS D'ADAPTATION PUBLIC EN SITUATION DE HANDICAP

Conclusion de l'entretien (À remplir par le référent handicap) :

Date de réception : ____/____/20____ Analyse des besoins effectuée le : ____/____/20____

Faisabilité de la prestation confirmée ?

Oui, sans aménagement Oui, avec aménagement(s) Non (solution alternative à envisager)

Décision / plan d'adaptation mis en place :

Appui RHF sollicité ? Oui Non

Signature Référente Handicap : _____