



# 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 :

---

---

---

---



# 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Restauration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 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 : \_\_\_\_\_