ACCUEIL DU STAGIAIRE EN FORMATION PRESENTANT TOUT TYPE D’HANDICAP

**ANNEXE 1**

Date : ……………………………………………………………

Nom et Prénom du responsable de l’organisme de formation : ……………………………………………………………

Nom et prénom du stagiaire : …………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DÉPLACEMENT DOMICILE OU LIEU DE TRAVAIL / LIEU DE FORMATION |  | Précisez |
| Avez-vous besoin d’un moyen de transport spécialisé ? | Oui  | Non  |  |
| Avez-vous besoin d’une personne accompagnante ? | Oui  | Non  |  |
| Autre | Oui  | Non |  |
| HÉBERGEMENT |
| Avez-vous besoin d’une chambre aménagée et accessible ? | Oui  | Non  |  |
| Autre | Oui  | Non |  |
| RESTAURATION |
| Avez-vous besoin d’une assistance pour le repas ? | Oui  | Non  |  |
| Autre | Oui | Non  |  |
| SUIVI DE LA FORMATION |
| Viendrez-vous accompagné d’une personne ? | Oui  | Non  |  |
| Avez-vous besoin d’une tierce personne pendant la formation (interprètes en langues des signes, interfaces de communication, codeur LPC, auxiliaire de vie, etc.) ? | Oui  | Non  |  |
| Avez-vous besoin d’un aménagement de la formation (fractionnement, pauses, horaires aménagés, etc.) | Oui  | Non  |  |
| Avez-vous besoin d’une adaptation des supports de formation ? | Oui  | Non  |  |
| Viendrez-vous avec votre matériel adapté ? | Oui  | Non  |  |
| Avez-vous besoin d’aides techniques (matériel spécialisé) ? | Oui  | Non  |  |
| Disposez-vous d’une aide animalière ? | Oui  | Non  |  |
| Autres demandes particulières ? | Oui | Non |  |

Observation(s) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..