Fiche de liaison pour aménagement en situation de formation

**Formulaire de demande**

 **Identification du bénéficiaire**

**Nom : Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**@Mail : Téléphone :**

**Statut :**

[ ]  Scolaire, si oui quel établissement et classe :

[ ]  Suivi médico-social, si oui quel établissement :

[ ]  Demandeur d’emploi, si oui [ ]  Pôle Emploi [ ]  Cap Emploi [ ]  Mission Locale

 N° identifiant :

[ ]  Salarié(e) en reconversion, si oui : [ ]  Transition pro [ ]  CARSAT

**Référent prescripteur :**

**Nom et prénom : Fonction :**

**@Mail : Téléphone :**

**Conséquences du handicap :**

**Qu’est ce qui, selon vous, pourrait vous freiner ou vous empêcher de suivre une formation dans les meilleures conditions :**

**Titre de bénéficiaire du statut de personne handicapée :**

[ ]  Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la MDPH

[ ]  Attestation de bénéficiaire de l’obligation d’emploi délivrée par la MDPH ou la sécurité sociale

[ ]  Titulaire d’une pension d’invalidité, d’une rente d’accident du travail ou d’une maladie professionnelle

[ ]  Titulaire de l’AAH

[ ]  Titulaire de la carte d’invalidité

[ ]  Carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité

[ ]  Autre catégorie (pensionné de guerre, mutilé de guerre et assimilés...)

**Dates de validité du justificatif du statut :**

[ ]  Durée limitée : début fin

[ ]  Ou attribué à titre définitif

[ ]  Justificatif d’attente d’un des titres de bénéficiaire ci-dessus



 **Entrée en formation**

**Aménagements lors du parcours précédent :**

Avez-vous bénéficié d’aménagements dans le cadre de vos précédentes expériences ? Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, quel(s) type(s) d’aménagement(s) ?

Dans quelle situation : [ ]  emploi [ ]  scolaire [ ]  vie quotidienne

**Projet de formation**

Libellé de la formation :

Nom et lieu de l’organisme de formation :

Dates de formation : début fin

**Coordonnées du référent pédagogique de la formation :**

Nom et prénom : Fonction :

@Mail : Téléphone :

**Besoins d’aménagement en formation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aménagement technique** | **Aménagement au niveau de l’organisation** | **Aménagement humain** |
| [ ]  Ordinateur[ ]  Logiciel spécifique [ ]  Siège ergonomique [ ]  Souris ergonomique [ ]  Repos pieds [ ]  Bureau assis debout [ ]  Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Tiers temps pour l’examen [ ]  Temps partiel en formation [ ]  Temps partiel en entreprise (stages)[ ]  Adaptation des documents [ ]  Formation en distanciel[ ]  Formation en distanciel + présentiel[ ]  Soutien individuel [ ]  Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Tutorat [ ]  Interface LSF [ ]  SESSAD / SAVS [ ]  Aide humaine pour le secrétariat  lors de l’examen [ ]  Aide humaine pour la reformulation des consignes lors de l’examen [ ]  Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Commentaires  / informations complémentaires utiles (bilans PAS, autres….) :**

Date : Signature du bénéficiaire : Signature du représentant légal :

 (si bénéficiaire mineur)