

SUIVI STAGIAIRE EN SITUATION DE HANDICAP

Nom du stagiaire :

Intitulé de la formation :

Date :

ACTIONS	A MENER	FAIT LE
PREPARATION DE L'ENTREE EN FORMATION		
Vérification de la validité du titre de reconnaissance handicap	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Sollicitation de prestataires d'appuis spécifiques	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Organisation d'un échange téléphonique entre le centre, l'agent, l'employeur, le formateur et le prestataire d'aides techniques ou humaines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Transmission des supports de cours au prestataire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Transmission, avant l'entrée en formation, des supports de cours aux stagiaires	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Visite guidée du centre de formation les jours précédant le début des cours	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ACCES AU LIEU DE FORMATION		
Information de l'accueil du lieu de formation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Réservation d'un transport spécialisée domicile lieu de formation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Réception de la personne (arrêt de bus, gare, aéroport)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Envoi d'une feuille de route détaillée (du domicile au lieu de formation) au stagiaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Réservation d'une chambre d'hôtel accessible, adaptée au handicap	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Réservation d'une place de stationnement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Vérification de l'accessibilité à la salle de formation – sanitaire - espace de pause	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Sollicitation des stagiaires valides pour accompagner le stagiaire handicapé pendant les pauses	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

BESOIN POUR L'ACCUEIL DU STAGIAIRE EN SITUATION DE HANDICAP

Date :

Intitulé Formation :

Nom du candidat :

DEPLACEMENT DOMICILE OU LIEU DE TRAVAIL / LIEU DE FORMATION	Nécessité d'un moyen de transport spécialisé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRECISIONS :
	Nécessité d'une personne accompagnante	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRECISIONS :
	Autre	
HEBERGEMENT	Nécessité d'une chambre aménagée et accessible	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRECISIONS :
	Autre	
SUIVI DE LA FORMATION	Venez-vous accompagné d'une aide humaine ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRECISIONS :
	Nécessité d'aides humaines (interprètes en langue des signes, interfaces de communication, codeur LPC, auxiliaires de vie, tierce personne...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRECISIONS :
	Nécessité d'un aménagement de la formation (fractionnement, pauses, horaires aménagés, ...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRECISIONS :
	Nécessité d'adaptation des supports de cours	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRECISIONS :
	Venez-vous avec votre matériel adapté ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRECISIONS :
	Nécessité d'aides techniques (matériel spécialisé)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRECISIONS :
	Disposez-vous d'une aide animalière ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PRECISIONS :
	Autre	