

# Besoins d'aménagements en formation

## Stagiaires en situation de handicap

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

INTITULÉ DE LA FORMATION \_\_\_\_\_

DATES \_\_\_\_\_

### 1. Serez-vous accompagné(e)/aidé(e) pendant les cours ?

OUI

NON

Commentaires :

### 2. Avez-vous besoin d'aménagements (pauses, horaires, aménagés, tiers-temps...) ?

OUI

NON

Commentaires :

### 3. Avez-vous besoin d'aménagement des supports de formation ?

OUI

NON

Commentaires :

### 4. Avez-vous besoin d'utiliser du matériel spécialisé ? \*

OUI

NON

Commentaires :

\*L'apprenant apporte son matériel personnel qui est intégré aux dispositifs pédagogiques existants.

### 5. Autres remarques