

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