**Situation individuelle de formation**

**-**

**Appui à l’identification et à la recherche de solutions de compensation**

**-**

Malgré les dispositions que vous avez pu prendre, certaines situations peuvent nécessiter un appui extérieur. La Ressource Handicap Formation peut vous aider à identifier des aménagements complémentaires pour sécuriser le parcours de formation de l’apprenant en situation de handicap. Et ainsi concrétiser le principe « d’égalité des chances ».

**Attention, La Ressource Handicap Formation ne peut intervenir que si le projet de formation est validé.**

Liste des documents à joindre (copie) : reconnaissance administrative du handicap, éléments de diagnostic, inscription à la formation et toutes pièces permettant d’appréhender la situation.

Cliquer et remplir les zones à compléter, puis renvoyer le document à [rhf-hdf@agefiph.asso.fr](file:///%5C%5C192.168.100.231%5CDonnees%5CRHF%5CVINCENT%5CQUESTIONNAIRE%5Crhf-hdf%40agefiph.asso.fr)

**Organisme de Formation / Centre de Formation d’Apprentis**

**Identité et coordonnées du demandeur**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fonction : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom de l’organisme : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Identité et statut de la personne bénéficiaire**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

La personne est-elle accompagnée par un référent de parcours (Pôle emploi, Cap Emploi, Mission Locale…) ? [ ] Oui [ ]  on

 **Si oui, coordonnées du référent parcours**

 Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom de l’organisme : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Statut à l’entrée en formation (cochez la bonne case):

[ ]  Demandeur d’emploi [ ]  Salarié [ ]  Étudiant [ ]  Apprenti

[ ]  Professionnalisation [ ]  Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

CP : Ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |
| --- | --- |
| **Handicap principal :**(cochez la bonne case)Auditif [ ] Moteur [ ] Visuel [ ] Psychique [ ] Mental [ ] Trouble cognitif [ ] Maladie invalidante [ ] Multi-handicap[ ] Si oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Reconnaissance du handicap :**(cochez la bonne case)RQTH [ ] En attente de reconnaissance [ ] Uniquement AAH [ ] Uniquement Carte d’invalidité [ ] Pension ou rente d’invalidité [ ] Autres [ ] Si Autre préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Contexte de la situation**

**Type de formation engagée**

Intitulé de la formation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d’entrée en formation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Date de fin de la formation :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

|  |
| --- |
| **Niveau de formation visé**(cochez la bonne case) **:**Niveau VI (pas de diplôme) [ ]  / Niveau Vbis [ ]  / Niveau V [ ] Niveau IV [ ]  / Niveau III [ ]  / Niveau I à II [ ]  |

La formation bénéficie-t-elle d’une PAE ? [ ]  oui [ ]  non

La formation se déroule-t-elle en [ ]  présentiel [ ]  à distance [ ]  mixte

La nature de la formation est une formation [ ]  de remobilisation [ ]  qualifiante [ ]  certifiante

Qui est le financeur de la formation ? [ ]  Pôle Emploi [ ]  Agefiph [ ]  Conseil Régional [ ]  Autre

**Contexte de la demande – Ce qui génère le handicap et pistes d’adaptation envisagées**

=>

**(joindre un document complémentaire si nécessaire)**

Un diagnostic des besoins de compensation a-t-il été réalisé ? In situ ?

[ ]  Oui [ ]  Oui

[ ]  Non [ ]  Non

**Identité et coordonnées de l’expert en charge du diagnostic**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom de l’organisme : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Informations complémentaires…**

Autre(s) accompagnement(s) en cours : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre(s) démarche(s) en cours : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.