

En cas de besoin en compensation spécifique en lien avec une situation de handicap, merci de bien vouloir nous retourner le formulaire complété par mail sur Formation@e-santeformation.fr ou par courrier à l'adresse suivante : E-Santé formation 227 rue Pierre Carrère 12023 Rodez Cedex 09.

Identification du handicap

 Moteur
  Visuel
  Maladies invalidantes
  Mental
  Auditif
  Psychique
  Autre, précisez :

Identité du stagiaire	Reconnaissance administrative du handicap
Nom, prénom.....	Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de votre handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez le titre.....
Date de naissance ____ / ____ / ____	
Adresse.....	
Ville.....Code postal.....	

Organisme prescripteur	Votre projet de formation
Nom de l'organisme.....	Intitulé de la formation visée : Date de session ____ / ____ / ____
Nom du référent.....	
Adresse.....	
Tél. ____ / ____ / ____ / ____ / ____	
E-mail :	

Objet de la demande

Date de la demande ____ / ____ / ____

Objet :

Besoin(s) spécifique(s)		
	Oui	Non
Nécessité d'un moyen de transport spécialisé pour vous rendre sur le lieu de formation ?		
Nécessité d'une personne accompagnante ?		
Nécessité d'une aide humaine pour vous restaurer ?		
Nécessité d'aides humaines pour permettre le suivi de la formation (interprètes en langue des signes, interfaces de communication, codeur LPC, auxiliaire de vie, tierce personne, etc.) ?		
Nécessité d'un aménagement de la formation (fractionnement, pauses, horaires aménagés, etc.) ?		
Nécessité d'adaptation des supports de cours ?		
Venez-vous avec votre matériel adapté ?		
Nécessité d'aides techniques (matériel spécialisé) ?		

Commentaire(s)