

<b>Organisme de formation :</b>	
<b>FORMATION :</b>	<b>Lieu :</b>
<b>STAGIAIRE (Nom Prénom) :</b>	
<b>Date de la formation :</b>	

## QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE ACCUEIL D'UN STAGIAIRE EN SITUATION DE HANDICAP

			<b>PRÉCISEZ</b>
Déplacement lieu de formation			
Nécessité d'un moyen de transport spécialisé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nécessité d'une personne accompagnante	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autre			
Restauration			
Nécessité en aide humaine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Suivi de la formation			
Venez-vous accompagné d'une aide humaine?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nécessité d'aides humaines (interprètes en langue des signes, interfaces de communication, codeur LPC, auxiliaires de vie, tierce personne...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nécessité d'un aménagement de la formation (fractionnement, pauses, horaires aménagés...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nécessité d'adaptation des supports de formation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Venez-vous avec votre matériel adapté?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nécessité d'aides techniques (matériel spécialisé)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Disposez-vous d'une aide animalière?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autre			

**POINTS PARTICULIERS**

**QUESTIONS / REMARQUES**

Fait à

Le / /

Signature Stagiaire