Version 20241123

Identification des besoins d'une personne en situation de handicap

Intitulé de la formation :

Date de début de la formation : / / Horaires :

Nom : Prénom :

Si salarié, quel est l'employeur :

Accès au lieu de formation			
Avez-vous besoin d'une place de parking PMR	Oui	Non	Précisions
Souhaitez-vous être guidé depuis cette place ou depuis l'accueil du lieu de formation jusqu'à la salle de formation ?	Oui	Non	Précisions
Avez-vous besoin d'une aide humaine ?			
Si oui, laquelle ?			
Durant la formation			
Souhaitez-vous être accompagné(e)d'une personne de votre choix ?	Oui	Non	Indiquez son nom et ses coordonnées téléphoniques et mail :