

FICHE STAGIAIRE - Handicap**Identité**

Nom- Prénom _____

Formation : _____

Tél _____ Portable _____

E-mail _____

1. Description des difficultés :

--

2. Besoins spécifiques pour suivre la formation**3. Faisabilité**

	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaire :
--	--

4. Conclusion Admission en formation Réorientation****Si, réorientation**

Organisme :

Contact :

Tél :

Courriel :

5. Plan d'action à mettre en place :

Action(s)	Pilotes interne

6. Suivi des aménagements mis en place

Est-ce que les aménagements mis en place ont été efficaces ? OUI NON

Si non, pourquoi ?

Date :

Autres propositions d'aménagements :

Bilan des aménagements mis en place

Est-ce que les aménagements mis en place ont été efficaces ? OUI NON

Si non, pourquoi ?

Date :

Quelles autres solutions pourraient être mise en place ?

ANNEXE 1 : Partenaires à même d'intervenir sur le Fond handicap (aménagement / réorientation) :

Organismes	Contacts
Agefiph	https://www.agefiph.fr/
	Nom : DOMAGALA Prénom : Fabienne Téléphone : 08 00 11 10 09 Courriel : f.domagala@agefiph.asso.fr
CAP Emploi	https://www.capemploi-69.com/
	Nom : RAMIREZ Prénom : Sophie Téléphone : 04 37 53 01 63 Courriel : sramirez@capemploi69.org