



FICHE STAGIAIRE - Handicap

Identité

Nom- Prénom _____

Formation : _____

Tél _____ Portable _____

E-mail _____

1. Description des difficultés :

2. Besoins spécifiques pour suivre la formation

	□ Oui □ Non Commentaire :
--	-----------------------------------

3. Faisabilité

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

Date :

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

Si non, pourquoi ?

Autres propositions d'aménagements :

Bilan des aménagements mis en place

Date :

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

Si non, pourquoi ?

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

