



## Situation individuelle de formation

### Appui à l'identification et à la recherche de solutions de compensation

Malgré les dispositions que vous avez pu prendre, certaines situations peuvent nécessiter un appui extérieur. La Ressource Handicap Formation peut vous aider à identifier des aménagements complémentaires pour sécuriser le parcours de formation de l'apprenant en situation de handicap. Et ainsi concrétiser le principe « d'égalité des chances ».

**Attention, La Ressource Handicap Formation ne peut intervenir que si le projet de formation est validé.**

Liste des documents à joindre (copie) : reconnaissance administrative du handicap, éléments de diagnostic, inscription à la formation et toutes pièces permettant d'appréhender la situation.

Cliquer et remplir les zones à compléter, puis renvoyer le document à [rhf-hdf@agefiph.asso.fr](mailto:rhf-hdf@agefiph.asso.fr)

## Organisme de Formation / Centre de Formation d'Apprentis Identité et coordonnées du demandeur

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél :

Adresse mail :

Nom de l'organisme :

## Identité et statut de la personne bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Tél :

Adresse mail :

La personne est-elle accompagnée par un référent de parcours (Pôle emploi, Cap Emploi, Mission Locale...) ?  Oui  non

### Si oui, coordonnées du référent parcours

Nom :

Prénom :

Nom de l'organisme :

Tél :

Mail :





Statut à l'entrée en formation (cochez la bonne case) :

Demandeur d'emploi  Salarié  Étudiant  Apprenti

Professionnalisation  Autres :

Date de naissance :

Adresse :

CP :                      Ville :

<b><u>Handicap principal :</u></b> (cochez la bonne case)	<b><u>Reconnaissance du handicap :</u></b> (cochez la bonne case)
Auditif <input type="checkbox"/>	RQTH <input type="checkbox"/>
Moteur <input type="checkbox"/>	En attente de reconnaissance <input type="checkbox"/>
Visuel <input type="checkbox"/>	Uniquement AAH <input type="checkbox"/>
Psychique <input type="checkbox"/>	Uniquement Carte d'invalidité <input type="checkbox"/>
Mental <input type="checkbox"/>	Pension ou rente d'invalidité <input type="checkbox"/>
Trouble cognitif <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Maladie invalidante <input type="checkbox"/>	Si Autre préciser :
Multi-handicap <input type="checkbox"/>	
Si oui, préciser :	

## Contexte de la situation

### Type de formation engagée

Intitulé de la formation :

Date d'entrée en formation :

Date de fin de la formation :

**Niveau de formation visé** (cochez la bonne case) :

Niveau VI (pas de diplôme)  / Niveau Vbis  / Niveau V

Niveau IV  / Niveau III  / Niveau I à II





La formation bénéficie-t-elle d'une PAE ?  oui  non

La formation se déroule-t-elle en  présentiel  à distance  mixte

La nature de la formation est une formation  de remobilisation  qualifiante  certifiante

Qui est le financeur de la formation ?  Pôle Emploi  Agefiph  Conseil Régional  Autre

**Contexte de la demande – Ce qui génère le handicap et pistes d'adaptation envisagées**

=>

**(joindre un document complémentaire si nécessaire)**

Un diagnostic des besoins de compensation a-t-il été réalisé ?

Oui  
 Non

In situ ?

Oui  
 Non

**Identité et coordonnées de l'expert en charge du diagnostic**

Nom :

Prénom :

Nom de l'organisme :

Tel :

Mail :

**Informations complémentaires...**

Autre(s) accompagnement(s) en cours :

Autre(s) démarche(s) en cours :

