

**Document d'identification des besoins liés au handicap pour l'adaptation  
de la formation****1. Informations générales**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Contact : \_\_\_\_\_

Formation concernée : \_\_\_\_\_

Date de début de la formation : \_\_\_\_\_

**2. Nature du handicap**

- ☐ Moteur
- ☐ Sensoriel (visuel, auditif)
- ☐ Cognitif
- ☐ Psychique
- ☐ Troubles du langage
- ☐ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Description du handicap : \_\_\_\_\_

(Détails sur les limitations fonctionnelles, diagnostic si disponible)

**3. Besoins spécifiques en formation**Accessibilité physique : \_\_\_\_\_  
(Ex. : accès aux locaux, mobilier adapté)Accessibilité pédagogique : \_\_\_\_\_  
(Ex. : supports en braille, en FALC, vidéos sous-titrées)Aides humaines : \_\_\_\_\_  
(Ex. : interprète LSF, assistant pédagogique)

Aides techniques : \_\_\_\_\_  
 (Ex. : logiciels spécifiques, matériel adapté)

Aménagements d'évaluation : \_\_\_\_\_  
 (Ex. : temps supplémentaire, modalités alternatives)

Autres besoins : \_\_\_\_\_

#### 4. Consentement

☐ J'autorise l'utilisation de ces informations dans le cadre de l'adaptation de ma formation.

Signature du bénéficiaire :

Date :

Cadre réserve à l'entreprise

#### 5. Aménagements déjà en place ou envisagés

Liste des aménagements : \_\_\_\_\_

Responsable de la mise en œuvre : \_\_\_\_\_

Suivi et évaluation des aménagements : \_\_\_\_\_

<b>Rédacteur</b>	B. DUCCESCHI	<b>Fonction</b>	Resp HSE Référént Handicap
<b>Approbateur (Signature)</b>		<b>Fonction</b>	

Date	Initiale	Nature de la modification	Version
05/01/2025	BDU	Création	A