



Isokan  
Formation

## FICHE SUIVI HANDICAP

### Identité

Nom- Prénom \_\_\_\_\_

Formation : \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_



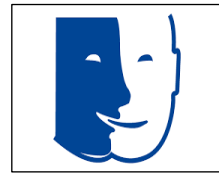
Moteur



Visuel



Auditif



Mental

### Mobiliser l'équipe pédagogique

Analyse du besoin et de faisabilité pour l'accès à la formation

Types d'aménagements	Oui	Non	Si oui, quelle(s) solution(s) apporter :

### Conclusion

Admission en formation

Réorientation

Réorientation

Organisme :

Contact :

Tél :

Courriel :



## Identification des aménagements / adaptations mises en place :

Aménagements / Adaptations à mettre en place	Pilotes interne	Aide externe

### Suivi 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 peuvent être mise en place ?

Aménagements / Adaptations à mettre en place	Pilotes interne	Aide externe

### 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 ?