

# Document de liaison des personnes en situation de handicap



RÉFÉRENT HANDICAP  
MME LADMIRAL  
03 80 66 70 08

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

NOM: \_\_\_\_\_  
PRENOM: \_\_\_\_\_  
NATIONALITE: \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_  
ADRESSE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CODE POSTAL: \_\_\_\_\_  
VILLE: \_\_\_\_\_

## FORMATION (S) ENVISAGÉE (S)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> CAP esthétique cosmétique parfumerie         | <input type="radio"/> CQP SPA Praticien               |
| <input type="radio"/> BLOC 1                                       | BLOC 1  |
| <input type="radio"/> BLOC 2                                       | BLOC 2  |
| <input type="radio"/> BLOC 3                                       | BLOC 3  |
| <input type="radio"/> BP esthétique cosmétique parfumerie          | BLOC 4  |
| <input type="radio"/> BLOC 1                                       | BLOC 5  |
| <input type="radio"/> BLOC 2                                       | BLOC 6  |
| <input type="radio"/> BLOC 3                                       | <input type="radio"/> CQP Styliste onguilaire         |
| <input type="radio"/> BAC PRO esthétique cosmétique parfumerie     | BLOC 1  |
| <input type="radio"/> BLOC 1                                       | BLOC2   |
| <input type="radio"/> BLOC 2                                       | BLOC3 (Selon les cas)                                 |
| <input type="radio"/> BLOC 3                                       | <input type="radio"/> Formation UV renouvellement     |
| <input type="radio"/> BTS MECP                                     | <input type="radio"/> Formation UV première formation |
| <input type="radio"/> BLOC 1                                       | <input type="radio"/> Autre (s) formation (s)         |
| <input type="radio"/> BLOC 2                                       | _____   |
| <input type="radio"/> BLOC 3 (management, formation, cosmétologie) |   |

## ATTENTES ET BESOINS DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE (FACULTATIF)

VOUS POUVEZ VOUS EXPRIMER LIBREMENT SUR VOS BESOINS AFIN DE DONNER UN ÉCLAIRAGE À  
L'ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE POUR LA MISE EN PLACE D'UN ÉVENTUEL AMÉNAGEMENT DE VOTRE FORMATION

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Document de liaison des personnes en situation de handicap



RÉFÉRENT HANDICAP  
MME LADMIRAL  
03 80 66 70 08

MESURES À METTRE EN PLACE POUR  
AMÉLIORER LE CONFORT DU DEMANDEUR

HORAIRES DE LA FORMATION:

-----  
-----

PAUSE:

-----  
-----

SUPPORTS:

-----  
-----  
-----  
-----

ACCESSIBILITE :

-----  
-----  
-----  
-----

REMARQUES EVENTUELLES:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

NIVEAU D'ÉTUDE:

-----

DERNIER DIPLÔME OBTENU (LE CAS ÉCHEANT)

-----

PROJET PROFESSIONNEL ENVISAGÉ

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

# Document de liaison des personnes en situation de handicap



RÉFÉRENT HANDICAP  
MME LADMIRAL  
03 80 66 70 08

RETOUR SUR LA FORMATION POUR LA  
PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

LE(S) FORMATEUR(S) ONT T-ILS CRÉÉ UN CLIMAT D'ÉCHANGE FAVORABLE?

- OUI  
 NON

COMMENTAIRE(S):

-----  
-----

COMMENT QUALIFIEZ-VOUS LA DISPONIBILITÉ DES FORMATEURS PAR RAPPORT À  
VOTRE HANDICAP?

- EXCELLENTE  
 BONNE  
 MOYENNE  
 MAUVAISE

COMMENTAIRE(S):

-----  
-----

LE CONTENU PÉDAGOGIQUE A T-IL ÉTÉ EN ADÉQUATION AVEC VOS ATTENTES AU VU  
DES OBJECTIFS PROFESSIONNELS DU PROGRAMME DE FORMATION QUE VOUS AVEZ  
REÇU?

- OUI  
 NON

COMMENTAIRES:

-----  
-----

LA FORMATION A T-ELLE RÉPONDU À VOS ATTENTES EN TERME D'AMÉNAGEMENT?

- OUI  
 NON

SI NON, D'APRÈS VOUS QUELLE(S) AMÉLIORATION(S) POURRIONS NOUS APPORTER?

-----  
-----  
-----

AVEZ VOUS VALIDÉ VOTRE FORMATION?

- OUI  NON

ENVISAGEZ VOUS DE SUIVRE UNE AUTRE FORMATION À L'EISEC ?

- OUI SI OUI, LAQUELLE? \_\_\_\_\_  NON