

DEMANDE D'ADAPTATION DES CONDITIONS DE FORMATION

Dans ce document, le masculin est utilisé à titre épïcène

INFORMATIONS PERSONNELLES DU STAGIAIRE :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

TYPE D'ADAPTATION :

- Mobilité
- Visuelle
- Auditive
- Autre (préciser) :

Cochez la/les case(s)

DESCRIPTION DE L'ADAPTATION NECESSAIRE :

Veillez fournir une brève description de l'adaptation nécessaire afin que nous puissions mieux comprendre vos besoins spécifiques en matière de conditions de formation :

DEMANDES D'ADAPTATION SPECIFIQUES :

Cochez les adaptations spécifiques dont vous pourriez avoir besoin pendant la formation :

- Supports pédagogiques en formats accessibles (braille, gros caractères, audio, etc.)
- Accès à un interprète en langue des signes
- Transcription des contenus audio
- Temps supplémentaire pour les évaluations
- Adaptation des exercices pratiques en fonction des besoins
- Autre (préciser) : _____

Cochez la/les case(s)

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES :

Si vous avez d'autres besoins ou demandes spécifiques, veuillez les indiquer ci-dessous :

DECLARATION DE CONSENTEMENT :

En signant ce formulaire, je confirme que les informations fournies sont exactes et complètes. J'autorise également l'organisme de formation à prendre les mesures nécessaires pour adapter les conditions de ma formation conformément à mes besoins spécifiques.

Date :

Signature :

Merci de retourner ce formulaire dûment rempli à l'adresse e-mail psh@cllfrance.com