Tableau de gestion des personnes en situation de handicap

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du candidat | Prénom du candidat | Formation souhaitée | Besoins exprimés pour suivre la formation | Adaptations possibles (oui/non) | Aide pour l’adaptation à prévoir (financement matériel pour suivre la formation) | Organisme d’aide à la réorientation sollicité | Organisation d’un entretien entre le stagiaire et l’organisme (oui/non/date) | Adaptations à prévoir pour l'accueil du stagiaire dans l’OF | 1 ère date de suivi de l’adaptation pour le stagiaire nouvellement intégré |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OF : Organisme de Formation