**FICHE D’EVALUATION DES APPRENANTS**

**souhaitant informer le service de la formation**

**et le formateur d’une situation particulière**

**Cette fiche doit être retournée au service de formation continue :**

**chantal.laurens@ch-montfavet.fr** **et** **sylvie.ranson@ch-montfavet.fr**

 **dans le cas d’une demande d’information**

**ou d’une demande d’inscription à une action de formation**

**Les objectifs**

* **Appréhender la situation et/ou besoins spécifiques des apprenants.**
* **Mettre en place des dispositifs d’aménagement au regard de la situation des apprenants.**
* **Adapter le processus de formation à la situation singulière des apprenants, notamment en cas de handicap ou dans le cas d’une difficulté temporaire.**

**Votre nom - prénom**

**Votre établissement, votre service**

**Vos coordonnées (numéro de téléphone – adresse mail)**

**pour que le service de formation et le(s) formateur(s) puissent vous contacter**

**Formation souhaitée**

* **Intitulé :**

* **Date et lieu (si vous les connaissez) :**

**Précisions sur votre situation de handicap ou sur les difficultés temporaires que vous rencontrez ?**

|  |
| --- |
|  |

**Précisions sur vos besoins en aménagements**

**Salle de formation** OUI 🞏 NON 🞏

|  |
| --- |
|  |

**Méthodes pédagogiques** OUI 🞏 NON 🞏

|  |
| --- |
|  |

**Supports pédagogiques** OUI 🞏 NON 🞏

|  |
| --- |
|  |

**Animation** OUI 🞏 NON 🞏

|  |
| --- |
|  |

**Autre(s) types d’aménagement** OUI 🞏 NON 🞏

|  |
| --- |
|  |

**Expression libre**

|  |
| --- |
|  |

**Date et signature**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------PARTIE RESERVEE AU SERVICE DE LA FORMATION**

**Date réception de cette demande :**  ......./......./..........

**Formateur(s) contacté(s) :**

**Référents handicap contacté(s) :**  OUI 🞏 NON 🞏

**Autres personnes et organismes contacté(s) :**

**Accueil possible à cette action de formation :**  OUI 🞏 NON 🞏

**Réponse faite par mail à l’intéressé(e) le :** ......./......./..........