

Document de liaison des personnes en situation de handicap

■ Identification du demandeur

Nom :
Prénom :
Nationalité :
Date de Naissance :
Adresse :
.....
CP :
Ville :

■ Formation(s) envisagée(s)

- CAP esthétique cosmétique parfumerie
 - BLOC 1
 - BLOC 2
 - BLOC 3
- BP esthétique cosmétique parfumerie
 - BLOC 1
 - BLOC 2
 - BLOC 3
- BAC PRO esthétique cosmétique parfumerie
 - BLOC 1
 - BLOC 2
 - BLOC 3
- BTS MECP
 - BLOC 1
 - BLOC 2
 - BLOC 3 (management, formation, cosmétologie)
- CQP SPA Praticien
 - BLOC 1
 - BLOC 2
 - BLOC 3
 - BLOC 5
 - BLOC 6
- CQP Styliste onguulaire
 - BLOC 1
 - BLOC 2
 - BLOC 3 (Selon les cas)
- CAP métiers de la Coiffure
 - BLOC 1
 - BLOC 2
 - BLOC 3
- BP métiers de la Coiffure
 - BLOC 1
 - BLOC 2
 - BLOC 3
- BTS métiers de la Coiffure
 - BLOC 1
 - BLOC 2
 - BLOC 3 (management, formation, cosmétologie)
- Formation UV renouvellement
- Formation UV première formation
- Autre(s) formation(s)

■ 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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

■ Mesures à mettre en place pour améliorer le confort du demandeur

Horaires de la formation :
.....
.....

Pause :
.....
.....

Supports :
.....
.....

Accessibilité :
.....
.....

Remarques :
.....
.....
.....

Niveau d'étude :
.....
.....

Dernier diplôme obtenu (le cas échéant) :
.....
.....

Projet professionnel envisagé :
.....
.....
.....



Document de liaison des personnes en situation de handicap

■ Retour sur la formation pour la personne en situation de handicap

Le(s) formateur(s) ont-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

Commentaire(s):

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
- NON



Mme LADMIRAL
Référent Handicap

03.80.66.70.08
secretariat@eisec.fr

www.eisec.fr/centre-access