

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