

Nom et prénom apprenant :

Diplôme visé : DEAS ☐ DEI ☐

Date d'entrée en formation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date mise en place du parcours personnalisé de formation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PREMIER ENTRETIEN : ANALYSE DE LA SITUATION**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom du formateur référent :

Suivi par un conseiller en évolution professionnel ? (Mission locale, Pôle emploi, Cap emploi, autre) ?

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

Type de handicap (champs sur lesquels les aménagements vont devoir intervenir : moteur, sensoriel, autre) ?

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

Situation nouvelle ou connue ?

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

Accord pour que l'ensemble de l'équipe pédagogique soit informé ?

Oui ☐ Non ☐

Autres informations relatives à votre situation que vous souhaiteriez communiquer ?

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

Signature apprenant :

Signature formateur référent :

*Attention : dossier et avis délivré par le médecin, valables uniquement pour une année scolaire.*

ECHANGES AVEC LES PRESCRIPTEURS ET PARTENAIRES

Date	Contact	Résumé de l'échange

SUIVI DU PARCOURS PERSONNALISE DE FORMATION

Date	Qui	Objet	Décision