

**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