

ANNEXE ACCESSIBILITÉ

**Intitulé de la formation de développement des compétences :**

Titre professionnel Secrétaire Assistant Médico-sociale RNCP 36 805

Catégorie L6313-1 du Code du travail

1° Formation

2° Bilan de compétences

3° Accompagnement VAE

4° Action de formation par apprentissage

*(à remplir par le la stagiaire)*

Dates : \_\_\_\_\_

Lieux : \_\_\_\_\_

**Personne concernée par l'annexe accessibilité :**

- Nom et prénom : \_\_\_\_\_
- Adresse postale : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_
- E-mail : \_\_\_\_\_

**Difficultés et handicap de nature à perturber les acquisitions en cours de formation :**

*(Expliquez en quelques lignes les difficultés et les handicaps de nature à perturber les acquisitions en cours de formation)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Modalités de recherche de solutions d'accessibilité :**

*(Partie réservée au centre)*

-----  
-----  
-----

**Partenaires locaux susceptibles d'aider le prestataire dans la prise en compte des personnes en situation de handicap**

*(Partie réservée au centre)*

Référent AGEFIPH : -----

Autre(s) : -----

**Adaptations retenues pour rendre la formation accessible selon les difficultés décrites**

Solution : -----

-----  
-----  
-----

**Signature de la personne bénéficiaire de la formation**

