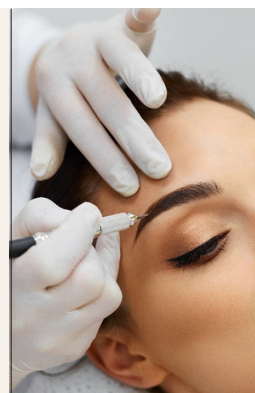




# RECUEIL DES BESOINS EN FORMATION

Pour les personnes en situation d'handicap



Le centre de formation Af Beauté, spécialisée dans la formation professionnelle depuis plus de 5 ans, a aménagé ses locaux aux normes ERP catégorie 5 pour recevoir toute personne souhaitant se former.

## VOUS DISPOSEZ SUR PLACE:

- D'un livret d'accessibilité
- D'un référent pédagogique
- D'une salle normée ERP
- D'une équipe à votre écoute

L'équipe sait s'adapter aux différentes situations d'handicap nécessitant des aménagements spécifiques.

Vous retrouverez Angélique Fournial, référent pédagogique et référent handicap au sein de la structure pour définir ensemble

la faisabilité de votre projet de formation et les besoins en compensation nécessaires pour vous accompagner au mieux dans votre parcours de formation.

Pour se faire, nous vous invitons à remplir ce livret et à le transmettre à votre référent Angélique Fournial (tous les renseignements sont confidentiels et non diffusés) via le mail contact :

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX:

Siret: \_\_\_\_\_ Code APE (si professionnel): \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Profession: \_\_\_\_\_

## VOTRE STATUT:

- Demandeur d'emploi
- Chef d'entreprise
- Profession libérale
- Salarié

## VOS DIPLOMES:

- CAP
- Bac professionnel
- BAC

- BTS
- Bac+3
- Bac+5
- Autres

**VOS FORMATIONS COMPLEMENTAIRES:**

---

---

---

**VOUS ETES DEJA SPECIALISE DANS:**

- Dermopigmentation
- Beauté du regard
- Aucun

**VOUS AVEZ IDENTIFIE UN BESOIN EN FORMATION POUR:**

- Vous
- Vos salariés
- Vous et vos salariés

**VOUS BENEFICIEZ D'UNE PRISE EN CHARGE FORMATION:**

- Non/autofinancement
- Pôle emploi
- Chef d'entreprise
- Salarié
- CPF

**VOS COMPETENCES HUMAINES**

---

---

---

**VOS COMPETENCES PROFESSIONNELLES**

---

---

---

**VOTRE PROJET PROFESSIONNEL**

---

---

---

**VOTRE BESOIN EN FORMATION**

- Dermopigmentation
- Beauté du regard

Précisez: 

---

**ORDRE DE PRIORITE ET DELAIS**

---

---

---

**VOTRE PROJET PROFESSIONNEL POST FORMATION**

---

---

---

**VOS ATTENTES SPÉCIFIQUES QUANT AU DÉROULEMENT DE VOS FORMATIONS AU CENTRE AF BEAUTE**

**(exprimez librement vos attentes en lien avec votre situation d'handicap et la formation choisie)**

---

---

---

**VOS BESOINS EN COMPENSATION / AMÉNAGEMENTS :Horaires :**

Durée : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures de pratique : \_\_\_\_\_

Durée des pauses : \_\_\_\_\_

Aménagement des outils pédagogiques : \_\_\_\_\_

Aménagement des livrets de cours : \_\_\_\_\_

Aménagement du local de formation : \_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

**FAISABILITE DU PROJET( rempli par le centre af beauté)**

- Oui
- Oui sous réserve ( pré requis)
- Non( précisez les raisons)

---

---

---

**CHOIX FINAL PREVU:**

---

---