



— BERNAY-EN-CHAMPAGNE —

v2102025

ACCOMPAGNEMENT AUX BESOINS PARTICULIERS

Protection des données personnelles :

Les informations recueillies par la Maison Familiale Rurale de Bernay en Champagne en tant que responsable de traitement, font l'objet d'un traitement destiné à répondre à votre demande, sur la base de son intérêt légitime à assurer sa communication externe. Vos données seront traitées et conservées par les services de la Maison Familiale Rurale de Bernay en Champagne et ses sous-traitants strictement habilités pendant la durée nécessaire à la gestion de la demande et dans le respect des durées légales applicables.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la protection des données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité des données personnelles vous concernant, ainsi que d'un droit de limitation et d'opposition à leur traitement dans les conditions posées par le droit applicable. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à la Maison Familiale Rurale de Bernay en Champagne à l'adresse postale suivante : 1 route de Nourray – Domaine de Bordigné – 72240 Bernay Neuvy en Champagne.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Entretien de Contact - Date :

Informations générales

Nom:

Prénom:

Né(e) le:

Adresse :

Téléphone:

Courriel:

Formation envisagée

- | | |
|--|---|
| ☐ 4ème | ☐ 1ère CGEA |
| ☐ 3ème | ☐ Terminale CGEA |
| ☐ CapA 1ère année | ☐ Terminale SAPAT |
| ☐ CapA 2ème année | ☐ BTSA ACS'AGRI 1ère année |
| ☐ TeA 1ère année | ☐ BTSA ACS'AGRI 2ème année |
| ☐ TeA 2ème année | ☐ BTSA DATR 1ère année |
| ☐ Seconde | ☐ BTSA DATR 2ème année |

Situation du candidat avant candidature

- ☐ demandeur d'emploi
- ☐ salarié d'un employeur du secteur privé ou public (milieu ordinaire) :
- ☐ stagiaire de la formation professionnelle :
- ☐ en scolarité :
- ☐ entreprise adaptée :
- ☐ autre :



— BERNAY-EN-CHAMPAGNE —

v2102025

Projet professionnel

Projet d'entreprise d'accueil :

Accord Agefiph/FIPHFP ☐ oui ☐ non

Parcours Scolaire / Professionnel

Statut de la personne en situation de handicap

☐ titulaire d'une carte d'invalidité % :

☐ ROTH

☐ titulaire de l'AAH

☐ notification CDES ou CDAPH (uniquement apprentissage)

☐ titulaire d'une rente d'invalidité

☐ titulaire d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

☐ pensionné de guerre ou assimilé

☐ autre (mutilé de guerre, assimilé mutilé de guerre, sapeur-pompier volontaire) :

☐ oui - échéance :

☐ en cours - date de la demande :

Organisme sollicité pour établir le dossier :

☐ non



Origine du besoin d'accompagnement

- | | |
|--|---|
| ☐ déficience motrice | ☐ T.S.A. (Troubles Spécifiques des Apprentissages) |
| ☐ déficience visuelle | ☐ handicap psychique |
| ☐ déficience auditive | ☐ poly-handicap |
| ☐ maladie invalidante | ☐ autre : |

Infos supplémentaires/ Quelles difficultés?

Exigences médicales du handicap

☐ soins :

durée:

fréquence :

☐ autres :

Compensations mises en place antérieurement / a priori (avant PPS)

* pour la formation :

☐ humain :

☐ matériel :

☐ adaptation de la formation

- durée:

- contenu:

* pour les Examens Blancs/Partiels et Examens Finaux

☐ 1/3 temps:

☐ humain :

☐ matériel spécifique:

* dans l'entreprise (si alternance ou situation prof. avant la formation)

☐ humain :

☐ matériel :

☐ spécifique :

* transports adaptés

☐ oui - lesquels : ☐ financement spécifique :

☐ transports en commun adaptés (Proxi Tan, Abeille,)

☐ non - ☐ transports en commun

☐ permis de conduire + véhicule



PPS (projet personnalisé de scolarisation) ?

Pertinence d'une PPS?	☐ oui - ☐ non
selon référent handicap	☐ oui - ☐ non
selon prescripteur	☐ oui - ☐ non
selon service d'accompagnement	☐ oui - ☐ non
selon candidat	☐ oui - ☐ non

* de quel type?.....

Contacts

☐ Coordonnateur Départemental (uniquement apprentissage) :
☐ Référent Handicap (si issu d'un autre centre de formation) :
☐ Enseignant Référent (uniquement pour cdt issu du milieu scolaire) :
☐ Pôle Emploi :
☐ Cap Emploi :
☐ Mission Locale :
☐ Centre de soins :
☐ Service d'accompagnement :
☐ Conseiller formation CFA/CFP:
☐ autres :



— BERNAY-EN-CHAMPAGNE —

v2102025

Remarques complémentaires

Entretien d'accueil - Date :
(Toute date entre l'entretien de contact et l'entrée effective en formation)

Contacts

- ☐ suiveur CFA/CFP :
- ☐ coordonnateur de la formation choisie :
- ☐ coordonnateur départemental (uniquement apprentissage) :
- ☐ référent CapEmploi :
- ☐ référent Mission Locale :
- ☐ autres :

PPS (Prestation Ponctuelle Spécifique)

- prescripteur concerné :
- financeur concerné :
- organisme de diagnostic concerné :
- type de PPS :
- demande au candidat faite le :
- ☐ acceptée ☐ refusée
- demande au prescripteur faite le
- ☐ acceptée ☐ refusée - date :
- réponse du financeur
- ☐ acceptée ☐ refusée - date:
- date(s) d'intervention de l'organisme de diagnostic :

Compensation(s) à mettre en place à la MFR/CFA

pour la formation

- ☐ humain :
- ☐ matériel :
- ☐ adaptation de la formation
- durée:
- contenu:

pour les Examens Blancs/Partiels

- ☐ humain :
- ☐ matériel :
- ☐ 1/3 temps

pour les Examens Finaux

Dossier de Demande d'Aménagement des Examens envoyé le :

Réponse MDPH/CDAPH :

Contrat (maitre de stage et d'apprentissage)

Dates de début de contrat : de fin de contrat :

Employeur

Raison sociale :

Adresse:

Statut: ☐ de droit privé (Agefiph) ☐ de droit public (FIPHFP)

Accord en faveur de l'emploi des personnes handicapées : ☐ oui ☐ non

Tuteur:

Tel: **Mail:**

Administratif Handicap :

Tel : Mail :

Visite médicale d'embauche (si nécessaire)

Réalisée le :
.....

Programmée le :
.....

Avis du Médecin du travail :

Compensation(s) à mettre en place dans l'entreprise

☐ humain :

☐ matériel :

☐ adaptation des tâches à réaliser :

☐ temps de travail :

Précision complémentaire

Pour toute personne ayant besoin d'un appareillage spécifique au cours de sa formation (lunettes, appareil auditif...), un exemplaire de rechange peut être déposé et stocké sur le site de la MFR, pour survenir au plus vite en cas d'incident.

Les personnels de la MFR/CFA ont été sensibilisés par le référent handicap sur les conduites à tenir pour l'accompagnement à mettre en place .

Communication des informations

Je soussigné(e)autorise la communication
autour de mon handicap,

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - auprès du groupe classe | ☐ oui | ☐ non |
| - auprès des formateurs et personnel de la MFR/CFA | ☐ oui | ☐ non |
| - lors des conseils de classe | ☐ oui | ☐ non |

Signature précédée de la mention « Lu et
approuvé »

Remarques complémentaires: