



## 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.

Vus 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

<input type="checkbox"/> 4ème	<input type="checkbox"/> Terminale CGEA
<input type="checkbox"/> 3ème	<input type="checkbox"/> Terminale SAPAT
<input type="checkbox"/> CapA 1ère année	<input type="checkbox"/> BTS ACSE 1ère année
<input type="checkbox"/> CapA 2ème année	<input type="checkbox"/> BTS ACSE 2ème année
<input type="checkbox"/> Seconde	<input type="checkbox"/> BTS DATR 1ère année
<input type="checkbox"/> 1ère CGEA	<input type="checkbox"/> BTS 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 : .....



## 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?	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
selon référent handicap	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
selon prescripteur	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
selon service d'accompagnement	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
selon candidat	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> 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 : .....



## 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 : .....



### 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                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - auprès des formateurs et personnel de la MFR/CFA | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - lors des conseils de classe                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Signature précédée de la mention « Lu et  
approuvé »

Remarques complémentaires: