|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE PROPOSITION D’AMÉNAGEMENT**  **POUR PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME DE FORMATION (OF)** | |
| Nom |  |
| Adresse postale |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COORDONNÉES** | NOM, Prénom | Téléphone | Adresse électronique |
| Coordonnateur pédagogique |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMATION** | |
| Intitulé du diplôme |  |
| Spécialité |  |
| Mention |  |
| Support ou option |  |
| Numéro de session |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LE CANDIDAT** | | | |
| Nom |  | *Nom d’usage* |  |
| Prénom |  | Sexe |  |
| Numéro de téléphone |  | Courriel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NATURE DES AMENAGEMENTS PROPOSES** | |
| **TEP ou EPEF**  (tests techniques ou exigences préalables) |  |
| **SUIVI DE**  **FORMATION**  **(alternance)** |  |
| **EPREUVES CERIFICATIVES**  *Pour chaque épreuve (ou sous épreuve) concernée constituant une ou plusieurs unités capitalisables (UC), en lien avec l’avis du médecin, précisez le descriptif de l’aménagement proposé.* | UC 1 et 2:  UC 3  UC 4: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pièce(s) à joindre** | La copie du dossier de demande du candidat |
| L’avis médical du médecin agréé |

|  |  |
| --- | --- |
| **MODALITES DE DEPOT DU FORMULAIRE** | |
| Courriel de la boîte fonctionnelle du Pôle Formations-Certifications des métiers du sport et de l’animation de la DRAJES: | drajes-formation@region-academique-auvergne-rhone-alpes.fr |

|  |
| --- |
| **Avis du Délégué regional académique à la jeunesse, à l’engagement et aux sports** |
| Le Délégué de région académique Auvergne-Rhône-Alpes  **Bruno FEUTRIER** |