



Fiche d'information complémentaire Apprenant en situation de handicap

Nom :

Prénom :

Précisez votre situation :

- Troubles DYS :
- Troubles de l'attention (TDA) TDA - Hyperactivité (TDAH)
- Handicap psychique Handicap mental
- Handicap moteur Handicap visuel
- Handicap auditif Troubles du spectre autistique
- Autres :

Précisions :
.....
.....

Suivez-vous un traitement médical ?
.....
.....
.....

Êtes-vous inscrit à la MDPH ? Avez-vous une RQTH (date limite de validité) ?
.....

Êtes-vous accompagné par un ou plusieurs organismes (Sessad...) ?
.....
.....
.....

Quelles sont les conséquences du handicap sur votre apprentissage et/ou votre travail en entreprise ? (exemples : lecture hésitante ; problèmes de mémorisation ; difficultés pour remplir un bon de commande, pour porter des objets lourds...)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

