

## FORMULAIRE DE SIGNALEMENT

*Besoins d'adaptation liés au handicap ou à une situation particulière*

Formation en situation de travail (AFEST) - Restauration & Hôtellerie

### 1. IDENTIFICATION DU STAGIAIRE

Nom et prénom	
Intitulé de la formation	
Établissement d'accueil	
Date de début	
Tuteur AFEST	

### 2. NATURE DU BESOIN

Cochez la ou les situations qui vous concernent :

- |                                                                          |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mobilité réduite (déplacements, station debout) | <input type="checkbox"/> Difficultés cognitives ou d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Difficultés visuelles                           | <input type="checkbox"/> Maladie chronique / fatigue               |
| <input type="checkbox"/> Difficultés auditives                           | <input type="checkbox"/> Autre (précisez ci-dessous)               |

### 3. DESCRIPTION DU BESOIN

Décrivez votre situation et les difficultés rencontrées ou anticipées dans le contexte de la formation (gestes techniques, rythme, environnement de travail, etc.) :

### 4. ADAPTATIONS SOUHAITÉES PAR LE STAGIAIRE

Indiquez les aménagements qui vous aideraient (horaires, pauses, outils, postes adaptés, accompagnement renforcé, etc.) :

### 5. CONSENTEMENT - PROTECTION DES DONNÉES

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les informations recueillies dans ce formulaire sont strictement confidentielles. Elles sont destinées uniquement au référent handicap de Studio Fetch dans le but exclusif d'adapter votre parcours de formation.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et de suppression en contactant : [formation@studiofetch.fr](mailto:formation@studiofetch.fr) – 06.88.09.73.60

**J'autorise la transmission de ces informations au référent handicap de Studio Fetch pour la mise en place d'adaptations.**

Je ne souhaite pas transmettre ces informations pour le moment.



**Date :**

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du stagiaire :**

## CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME DE FORMATION

### 6. ANALYSE ET ADAPTATION PROPOSÉE

Référent handicap	
Date d'analyse	

Adaptation(s) proposée(s) :



Moyens mobilisés (matériel, organisationnel, humain) :

### 7. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI

Date de mise en œuvre	
Stagiaire informé le	
Tuteur AFEST informé le	

Suivi et ajustements :

Date	Observations / Ajustements	Visa

Date :

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du référent handicap :