

# **EFCHR – FICHE INDIVIDUALISÉE PSH / ADAPTATIONS SPÉCIFIQUES**

*Document confidentiel – Transmis uniquement au formateur et au référent PSH*

## **1. Informations générales**

**Nom – Prénom du stagiaire :** \_\_\_\_\_

**Formation suivie :** \_\_\_\_\_

**Dates :** Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

**Mode :** ☐ Présentiel ☐ Distanciel

## **2. Entretien individuel (réalisé AVANT l'entrée en formation)**

### **2.1. Le stagiaire déclare :**

- ☐ Être en situation de handicap
- ☐ Avoir des difficultés particulières (non reconnues handicap)
- ☐ Ne pas être concerné

Si OUI, préciser :

### **2.2. Nature des besoins ou limitations :**

- ☐ Difficulté visuelle
- ☐ Difficulté auditive
- ☐ Trouble Dys
- ☐ Difficulté de concentration
- ☐ Trouble de la mémoire
- ☐ Difficulté motricité / manipulation souris-clavier
- ☐ Stress / angoisse
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

### **3. Besoins exprimés par le stagiaire**

### **4. Aménagements et adaptations possibles (EFCHR)**

#### **4.1. Aménagements pédagogiques**

- ☐ Supports en police adaptée (16 / 18 / 20)
- ☐ Version "haute visibilité" (contraste noir / jaune)
- ☐ Notes audio / explications orales
- ☐ Rythme d'apprentissage adapté
- ☐ Découpage des tâches
- ☐ Reformulation régulière
- ☐ Exercices simplifiés
- ☐ Temps supplémentaire aux évaluations
- ☐ Pause plus fréquentes

#### **4.2. Aménagements techniques**

- ☐ Utilisation de Zoom ou Teams en mode accessibilité
- ☐ Affichage agrandi
- ☐ Clavier virtuel
- ☐ Logiciel loupe
- ☐ Assistance pour prise en main souris/clavier

#### **4.3. Autre besoin / adaptation :**

### **5. Plan d'accompagnement**

**Aménagements retenus pour ce stagiaire :**

**Date de mise en place :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Référent PSH EFCHR :** Mejdî NAGHMOUCHI

## **6. Suivi pendant la formation**

**Points d'attention / ajustements éventuels :**

## **7. Bilan PSH en fin de formation**

- ☐ Objectifs pédagogiques atteints
- ☐ Partiellement atteints
- ☐ Non atteints

**Commentaires du formateur :**

**Commentaires du stagiaire :**

## **8. Signatures**

Ce document est signé uniquement s'il y a un besoin spécifique.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Stagiaire :**

**Référent PSH EFCHR (Mejdi N.) :**

**Formateur (si différent) :**