



**FICHE DE RECUEIL DES BESOINS  
DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

**Référent handicap sur le Centre Hospitalier de Narbonne**

[referent.handicap@ch-narbonne.fr](mailto:referent.handicap@ch-narbonne.fr)  
copie à : [formation@ch-narbonne.fr](mailto:formation@ch-narbonne.fr)

La fiche de liaison permet au candidat qui le souhaite de faire connaître ses besoins et les aménagements nécessaires pour suivre la formation choisie.  
Cette fiche de liaison peut être remplie au moment de l'inscription et elle sera adossée au dossier d'inscription.

La fiche complétée sera transmise au référent handicap de l'établissement afin de permettre à celui-ci, de procéder avec le candidat, à une première évaluation de ses besoins. Il pourra ensuite présenter au candidat, les dispositifs d'accompagnement dont il pourrait bénéficier.

**1 – Demandeur**

Civilité :  Mme  M.

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Portable : .....Email : .....

Formation choisie : .....

Date de la formation : .....



**2 – Avez-vous déjà bénéficié d'aménagements dans le cadre d'une formation et/ou lors de passation d'examens ou d'épreuves d'évaluation ?**

OUI       NON

Si la réponse est OUI, quel était le dispositif détaillant ces aménagements ?

*PPS : Plan Personnalisé de Scolarisation, PAI : Projet d'Accueil Individualisé, PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé, PAEH : Plan d'Accompagnement de l'Etudiant en situation de Handicap en université ou en école d'enseignement supérieur*

Ces aménagements comprenaient-ils ? :

2.1 Des aides humaines :     OUI                       NON

Si la réponse est OUI, pouvez-vous préciser lesquelles ? :

.....

2.2 Des aides techniques (matériel, mise en accessibilité des supports,..) :     OUI                       NON

Si la réponse est OUI, pouvez-vous préciser lesquelles ? :

.....

2.3 Un aménagement du parcours?

OUI       NON

**3 – Actuellement, dans la vie quotidienne, avez-vous des besoins :**

3.1 D'aides humaines pour les gestes de la vie quotidienne ?  OUI       NON

3.2 D'accompagnement par un service médico-social ou par des professionnels libéraux ?  
 OUI       NON

Si la réponse est Oui, ces soins nécessitent-ils un aménagement de votre emploi du temps ?

OUI       NON

3.3 Spécifiques pour le transport ?                       OUI       NON

3.4 Spécifiques pour le logement ?                       OUI       NON

Si la réponse est Oui, avez-vous engagé des démarches ?                       OUI       NON

3.5 Spécifiques pour la restauration ?                       OUI       NON



## Observations du candidat

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....