

DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

pour l'accès des personnes handicapées aux diplômes et formation en soins beauté



à remplir par le demandeur

Modalités d'aménagement d'épreuves à renseigner par l'organisme de formation

Modèle de certificat médical à transmettre à l'organisme de formation

Parcours type relatif à la demande d'aménagement

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Formation ou diplôme visée:

Adresse postale :
Tel :
Mail :

Quelles était votre situation avant l'entrée en formation ?

1. NATURE DU HANDICAP :

.....

2. PERSPECTIVES DE PROFESSIONNALISATION :

3. MODULES DE FORMATION FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE:

4. ÉPREUVES FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE Les aménagements peuvent porter sur les sélections, le cursus de formation et les épreuves de certification. Aucune dispense d'épreuve n'est possible mais uniquement des aménagements.)

.....

5. Si vous vous êtes déjà présenté(e) aux épreuves demandées, précisez les LIEUX, DATES et ORGANISME de FORMATION :..

.....

.....

Signature

Remplie le/...../..... à

Accessibilité handicap

✓	Place handicapé parking
✓	Porte passage PMR
✓	Sanitaire PMR
✓	Éclairage extérieur
✓	Aller devant accessible PMR
✓	Normes incendie avec signalétique
✓	Salle de formation et de soins au rez de chaussée
✓	Espace giratoire 1,50
✓	Ambiance visuel et sonore adaptable
✓	Mise à disposition de tablette si nécessaire ou de support papier

Accessible sur notre site julinaills.fr Version du 13 novembre 2024 (Article L 6353-8 du Code du Travail) Lecluze julie 10 rue josephine San Vicens 66330 Cabestany Siret 524171196 - APE 9602B - Forme Juridique EI - TVA FR40524171196 Déclaration activité formateur sous le n°76660225966 du préfet de région de L'Occitanie Mise à jour du documents le 13 novembre 2024

DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

pour l'accès des personnes handicapées aux diplômes et formation en soins beauté



à remplir par l'organisme de formation

P.J. :

- Modalités d'aménagement d'épreuves à renseigner par l'organisme de formation**
- Modèle de certificat médical à transmettre à l'organisme de formation**
- Parcours type relatif à la demande d'aménagement**

L'organisme de formation étudie les modalités d'aménagement d'épreuves, au vu du certificat médical, sur les aménagements envisagés.

Modalités d'aménagements proposées par l'organisme de formation:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature

Remplie le/...../..... à

DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

pour l'accès des personnes handicapées aux diplômes et formation en soins beauté



A rédiger sur papier en tête du médecin ou avec son cachet

Je soussigné Dr

certifie avoir examiné ce jour M. ou

Mme.....(nom et prénom)

qui présente un handicap au sens de l'article L.114 du code de l'action sociale et des familles :

(Mentionner succinctement la nature et la localisation du handicap et le cas échéant le taux d'invalidité octroyé par la maison départementale des personnes handicapées)

.....
.....
.....
.....
.....

Selon le descriptif des épreuves, je constate que l'incapacité fonctionnelle présentée par :

M ou

Mme.....

(nom et prénom) ne lui permet pas de passer

l'épreuve.....

.....(mentionner le type d'épreuve)

dans les conditions habituellement requises pour les personnes valides.

Son état justifie donc l'aménagement de l'épreuve (mentionner le type d'épreuve).....

.....
.....du certificat de qualification professionnelle en esthétique

Certificat remis en main propre à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit.

APPRENTISSAGE ET HANDICAP

Signature

Remplie le/...../..... à

DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

pour l'accès des personnes handicapées aux diplômes et formation en soins beauté



PARCOURS TYPE RELATIF À LA DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

Le Candidat

Préalablement à son inscription à la formation le candidat fait une demande d'aménagement auprès du responsable pédagogique mme lecluze du centre de formation de lecluze julie academy

L'Organisme de Formation

Le responsable pédagogique du centre de formation lui remet le dossier de demande d'aménagement accompagné :

- d'un modèle de « Certificat Médical » à transmettre après consultation avec le Médecin
- du présent « Parcours Type » relatif à la demande d'aménagement.

Le Candidat

Il appartient au candidat :

- de prendre rendez-vous : soit avec un Médecin
- de se rapprocher d'un ou plusieurs organismes de formation de son choix, afin d'obtenir le(s) descriptif(s) précis des épreuves (test de sélection, exigences préalables à la mise en situation pédagogique, épreuves certificatives...), et les modalités d'aménagements d'épreuves envisageables,
- de les communiquer au médecin agréé en charge de l'étude du dossier,
- de faire acte de candidature (avec l'avis médical) auprès d'un ou plusieurs organismes de formation de son choix.

L'Organisme de Formation

Au vu du certificat médical, l'organisme de formation étudie les modalités d'aménagements puis demande (en fonction de la nature du handicap) :

- - pour un handicap mental ou troubles psychiques et de l'adaptation : l'avis du référent handicap Mme lecluze julie
- - pour un handicap moteur ou visuel ou auditif : l'avis du référent handicap Mme lecluze julie sur les aménagements envisagés pour le candidat.
- - A réception de l'avis, l'organisme de formation fixe les aménagements et les communique au candidat.

DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

pour l'accès des personnes handicapées aux diplômes et formation en soins beauté



RGPD

Consentement à faire signer

Conformément au contrat conclu entre l'établissement de formation JI studio beauté lecluze julie academy et,

Notre établissement s'engage à ce qu'aucune utilisation ou consultation de ces données à d'autres fins que celles de stockage et fourniture de service ne peut être faite par notre prestataire. L'Utilisateur est informé que les échanges par mail entre l'utilisateur et les services de l'établissement conduisent à confier les données de messagerie au prestataire de messagerie choisi par l'établissement, et ce, jusqu'au terme de la relation contractuelle établie entre l'établissement et

Je comprends qu'il sera techniquement plus difficile pour l'établissement de mettre en place

J'autorise l'établissement à échanger par voie numérique sur les questions médicales

me/le concernant

Pour des raisons personnelles, j'ai choisi de transmettre par mail l'ensemble de mon/son

dossier à caractère médical par voie numérique

Les données seront conservées pendant toute votre scolarité ou formation dans nos archives courantes et, si nécessaire, serviront à mettre à jour notre outil de gestion. Elles seront ensuite conservées conformément aux durées d'utilité administrative et aux prescriptions légales

(préciser la durée).

Conformément au Règlement Général à la Protection des Données 2016/679, vous disposez de droits d'accès, de modification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et à la limitation de vos données personnelles et du droit de décider du sort de ses données post-mortem. Pour exercer ces droits, contactez : contact@julinails.fr

Lieu :

Date :

.....
Mention « lu et approuvé » et signature de l'étudiant-e

Mention « lu et approuvé » et signature du représentant légal