

## Tableau de gestion des personnes en situation de handicap

Nom du candidat	Prénom du candidat	Formation souhaitée	Besoins exprimés pour suivre la formation	Adaptations possibles (oui/non)	Aide pour l'adaptation à prévoir (financement matériel pour suivre la formation)	Organisme d'aide à la réorientation sollicité	Organisation d'un entretien entre le stagiaire et l'organisme (oui/non/date)	Adaptations à prévoir pour l'accueil du stagiaire dans l'OF	1 ère date de suivi de l'adaptation pour le stagiaire nouvellement intégré
1	M <sup>R</sup> PIGUE	Régularisation	Automatique	Oui	Non	Non	Non	CoDE. 01/10.2/25.08 35.03/40	10/9/2021
2	M <sup>ME</sup> RENDE	Régularisation	Automatique	Oui	Non	Non	Non	01/10.02/35.04 40	12/05/21
3	M <sup>R</sup> REIS	Régularisation	Automatique	Oui	Non	Non	Non	10/12/35.04 40	29/11/21

OF : Organisme de Formation