



FICHE DE LIAISON

Intitule de la formation :	Lieu :
Collectivité :	Date :
Personne à contacter au service formation :	
Agent concerné :	

			Précisez
DÉPLACEMENT DOMICILE OU LIEU DE TRAVAIL / LIEU DE FORMATION			
Nécessité d'un moyen de transport spécialisé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nécessite d'une personne accompagnante	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autre			
HÉBERGEMENT			
Nécessité d'une chambre aménagée et accessible	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autre			
RESTAURATION			
Nécessité en aide humaine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autre			
SUIVI DE LA FORMATION			
Venez-vous accompagné d'une aide humaine ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nécessité d'aides humaines (interprètes en langue des signes, interfaces de communication, codeur LPC, auxiliaire de vie, tierce personne, etc.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nécessité d'un aménagement de la formation (fractionnement, pauses, horaires aménagés, etc.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nécessité d'adaptation des supports de cours	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Venez-vous avec votre matériel adapté ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Nécessité d'aides techniques (matériel spécialisé)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Disposez-vous d'une aide animalière ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autre			

Observation(s) :



ATTESTATION DU MEDECIN DU TRAVAIL

Le 22 février 2011, le CNFPT et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ont signé un accord ayant pour objectif de favoriser l'accès aux formations du CNFPT des agents territoriaux en situation de handicap.

Ce partenariat permet au CNFPT, en accord avec l'agent et son employeur, de mettre en œuvre les prestations nécessaires¹ au stagiaire en situation de handicap avec le soutien financier du FIPHFP.

Conformément à cette convention établie entre le CNFPT et le FIPHFP, la mise en place des prestations et leur financement sont subordonnés à la délivrance d'une attestation du médecin du travail mentionnant expressément les besoins et aménagements nécessaires à l'agent pour suivre le stage. De ce fait, l'employeur devra solliciter le médecin du travail désigné pour le suivi médical obligatoire de l'agent concerné en lui demandant de compléter le cadre de correspondance ci-dessous.

Cependant, l'employeur conserve la possibilité, s'il le souhaite, de procéder lui-même aux achats de prestations et de s'adresser directement au FIPHFP.

Attestation du médecin du travail

Je soussigné Docteuragissant

En tant que médecin du travail assurant le suivi médical régulier de :

Mme/M

Atteste de l'utilité du recours aux prestations ci-dessous pour faciliter le suivi de l'action de

Formation intitulée :

Qui se déroulera à

Aux dates suivantes :

Aide(s) humaine(s) :

Aide(s) technique(s) :

A le.....

Formulaire à retourner avec le bulletin d'inscription à la délégation régionale ou à l'INSET assurant la formation.

¹ À condition que ces prestations ne soient pas financées par ailleurs