

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Fiche d'identité		
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Téléphone :		
Adresse électronique :@.....		
Adresse postale durant la formation:		
.....		
Diplôme préparé		
Diplôme d'Etat d'infirmier ☐ Année :	Diplôme d'Etat d'aide-soignant ☐ Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ☐ Cursus Complet ☐ Cursus Partiel ☐	
Formation suivie en apprentissage : OUI ☐ NON ☐		
IFP, 28 rue Foubert, 76600 Le Havre ☐ IFP, Rue du 8 mai 1945 76170 Lillebonne ☐		
Situation individuelle		
Étudiant/élève en situation de handicap ☐	Étudiant/élève présentant une maladie chronique ☐	Autre ☐

- Avez-vous une reconnaissance par la MDPH ? :**
Oui ☐ Non ☐ En cours ☐
- Avez-vous une reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) :**
Oui ☐ Non ☐ En cours ☐
- Êtes-vous accompagné(e) par un organisme ?**
Oui ☐ Non ☐
- Si oui, pouvons-nous le contacter si besoin ?**

A rendre avant le 18 septembre 2026
Soit à l'adresse mail : referenthandicap.ifp@ch-havre.fr
Soit auprès des référents handicap

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Oui ☐

Non ☐

- Merci de préciser l'organisme et les coordonnées de votre conseiller (CAP EMPLOI, AGEFIPH, ...)

.....

- Avez-vous bénéficié d'aménagements antérieurs durant votre scolarité ? Si oui, lesquels

.....

.....

- Quels sont vos besoins pour atteindre vos objectifs de formation ? (Joindre un justificatif médical ou le dossier des préconisations d'aménagement ou de compensation validées par la MDPH)

.....

.....

.....

- Suivez-vous un traitement médical ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, ce traitement nécessite-t-il des aménagements et/ou une conduite à tenir ?

Lesquels ?

.....

.....

.....

Liste des documents fournis pour la demande d'aménagement à l'IFP :

- | | |
|---|--------------------------|
|  Courrier de demande rédigé par l'apprenant (manuscrit ou informatique) | ☐ |
|  Certificat médical indiquant l'ensemble des aménagements demandés | ☐ |
|  Copie du PAI/PAP/PPS ou des mesures d'aménagements d'épreuves antérieurs | ☐ |
|  Copie des comptes rendus médicaux ou paramédicaux | ☐ |
|  Demande MDPH ou décision MDPH | ☐ |

Nom et prénom de l'apprenant

Date et Signature de l'apprenant

A rendre avant le 18 septembre 2026

Soit à l'adresse mail : referenthandicap.ifp@ch-havre.fr

Soit auprès des référents handicap

NOM Prénom

Adresse complète

Adresse mail

Numéro de téléphone

Madame Marillonnet,
Directrice des soins,
Coordinatrice d'Instituts de formation,
Institut des Formations paramédicales,
28, rue Foubert, 76600 Le Havre

Objet : demande d'aménagement de formation

Madame Marillonnet,

En formation sur la filière....., je suis en situation de handicap.
Dans le cadre de mes études au sein de votre établissement, j'aurai besoin de pouvoir
bénéficier de ou des aménagement(s) suivants :

*Exemples : d'un tiers temps pour les épreuves d'examen écrites, orales et pratiques,
d'une tolérance orthographique.*

En vous remerciant de l'attention que vous prêterez à ma demande, je vous prie
d'agréer, madame la directrice, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à..... le .../.../.....

Nom et Prénom de l'apprenant et signature

Documents joints au courrier : exemples : certificat médical, copie du bilan
orthophonique, copie aménagements d'épreuves antérieures, copie du PAI ou du
PAP...)