



FORMULAIRE DE DIAGNOSTIC PRÉALABLE



“Stagiaire individuel” (particulier, inter-entreprises ou cours à domicile)

1. Informations personnelles

Nom Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Représentant légal (si le stagiaire est mineur ou sous tutelle)

- Nom et prénom : _____
- Lien avec le stagiaire : _____
- Téléphone : _____ E-mail : _____

2. Profil : Cochez les cases correspondantes à votre situation actuelle.

Situation personnelle :

- ☐ Personne sourde. ☐ Parent / proche d'une personne sourde ☐ Personne non sourde.
☐ Professionnel·le travaillant avec des personnes sourdes

Situation professionnelle : Secteur d'activité : ☐ Santé ☐ Éducation ☐ Tourisme ☐ Administration

Autre : _____

☐ Demandeur d'emploi ☐ Étudiant. Indiquez le niveau scolaire : _____

3. Objectifs de formation

Motivation : ☐ Professionnelle. ☐ Personnelle. ☐ Précisez : _____

Niveau actuel en langue sumaine : ☐ Aucun ☐ Acquis niveau _____. Date : _____

Structure précédente (si autre que Communication Sumaine) _____

Objectifs spécifiques souhaités : _____

4. Formule & Organisation souhaitées

Formule souhaitée : ☐ Sensibilisation (3h) ☐ Initiation (<15h) ☐ Formation (30h / module CECRL)

Précisez votre demande : _____

Format préféré :

☐ Individuel : ☐ Présentiel : ☐ à domicile ☐ en lieu neutre ☐ Distanciel : ☐ Zoom ☐ Skype ☐ Autre

☐ Groupe inter-entreprise : ☐ cours du soir ☐ Intensif

☐ Intra-entreprise ☐ Disponibilités (jours / horaires) : _____

Structure : _____ Référent : _____

Téléphone / Email : _____

5. Accessibilité et besoins spécifiques

☐ Mobilité réduite ☐ Vision ☐ Santé mentale ☐ Audition ☐ Autre : _____

Conditions médicales? (Exemples : DYS, TDAH, TSA, pathologie chronique, allergie, épilepsie, diabète etc.) Précisez : _____

☐ Accessibilité des lieux ☐ Contenus adaptés ☐ Aménagements pédagogiques

☐ Accessibilité organisationnelle

Détaillez si besoin : _____

Merci d'avoir complété ce formulaire. Une proposition vous sera adressée dans les meilleurs délais. N'hésitez pas à me contacter si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Date du remplissage : ____/____/____ Signature (facultatif): _____