

FORMULAIRE DE DIAGNOSTIC PRÉALABLE



"Structure, entreprise et association" (intra ou prestation ponctuelle)

(À remplir par la structure ou le commanditaire de la formation)

1. IDENTITÉ DE LA STRUCTURE

Dénomination : _____

N° de SIRET : _____ NDA : _____

Type de structure :

☐ Centre de formation ☐ Association ☐ Établissement public ☐ Établissement privé ☐ Autre : _____

Représentant légal : ☐ Mme ☐ M. Nom : _____

Contact administratif : ☐ Mme ☐ M. Nom : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Adresse postale du siège : _____

2. PUBLIC CONCERNÉ

Effectif prévu : _____ (maximum 12 personnes) Public visé : ☐ Sourds ☐ Groupe mixte ☐ Entendants

Tranche d'âge dominante : _____

☐ Enfants ☐ Adolescents ☐ Adultes ☐ Parents d'enfants sourds ☐ Étudiants

Profils :

☐ Professionnels ☐ Santé ☐ Éducation ☐ Tourisme ☐ Administration ☐ Autre : _____

3. SITUATIONS EXCEPTIONNELLES / BESOINS SPÉCIFIQUES

Y a-t-il des personnes avec besoins spécifiques ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Types de besoins :

☐ Mobilité réduite ☐ Déficience visuelle ☐ Déficience auditive ☐ Santé mentale

☐ Autre : _____

Conditions médicales particulières (si connue). Exemples : DYS, TDAH, TSA, pathologie chronique, allergie, épilepsie, diabète etc.)

Précisez : _____

Aménagements souhaités :

☐ Accessibilité des lieux / contenus ☐ Aménagements pédagogiques ☐ Organisationnels.

Précisions : _____

4. ORGANISATION SOUHAITÉE

Type de formation : ☐ Intra-entreprise (dans vos locaux) ☐ Inter-entreprise (groupe ouvert)

Format souhaité : ☐ Intensif (30h/semaine) ☐ Semi-intensif (15h/semaine)

☐ Hebdomadaire (<2h/semaine) : _____ Heures ☐ Cours du soir (18h-20h)

Jours et horaires souhaités : _____

Lieu de formation : ☐ Pas de local → zone souhaitée : _____

☐ Local du bénéficiaire. Adresse précise, si différente de celle du siège : _____

Équipements disponibles : ☐ Vidéoprojecteur ☐ Écran ☐ Paperboard ☐ Tableau ☐ Wifi

Autre : _____

6. BESOINS EN FORMATION

Intitulé de la formation : ☐ Sensibilisation culture et langue sumaine ☐ Atelier interactif/Animation

☐ Intervention conférence. Sujet : _____

☐ Formation langue sumaine. ☐ Débutant ☐ Intermédiaire /Avancé Dernier niveau suivi : _____

Objectifs attendus en fin de formation : _____

Nom et fonction du signataire : _____

Date du remplissage : ____/____/____. Signature :

Merci d'avoir complété ce formulaire. Une proposition vous sera adressée dans les meilleurs délais