

Vous n'êtes pas seul,

Le référent Handicap CFPPA/UFA de Valabre est à votre écoute et vous accompagnera si le souhaitez, et ce, en toute discrétion.

Pour en savoir plus, contactez nous....

Référent Handicap :

Corinne Charlet - Bureau communication Interne/Externe
Tél. 04 42 93 87 42 — Lundi au Jeudi 09h à 12h / 14h à 17h
Mail : corinne.charlet@educagri.fr

CFPPA Aix Valabre / Marseille

<i>Site de Valabre</i>	<i>Site de Marseille</i>
Chemin du Moulin du Fort	89, Traverse Parangon
13548 GARDANNE Cedex	13008 MARSEILLE
Tél : 04 42 58 46 41	Tél. : 04 91 16 78 50
Fax : 04 42 58 46 67	Fax : 04 91 16 78 59

Site internet : epl.valabre@educagri.fr
Mail : cfppa.aix-valabre@educagri.fr



REUSSIR AVEC MES DIFFERENCES

Si vous rencontrez, des difficultés d'apprentissage durables ou passagères ou toute autre situation d'handicap telle que « dys », dysphasie, dyscalculie, dysorthographe, déficience visuelle ou auditive, trouble de la mémoire ou de l'attention ou concentration...

CFPPA Aix Valabre / Marseille

Tél : 04 42 58 46 41
Site internet : epl.valabre@educagri.fr
Mail : cfppa.aix-valabre@educagri.fr



Le saviez vous ?

La **RQTH** est la **Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé**.
Elle est délivrée par la **Maison du Handicap**.
Elle peut servir pou **aménager la formation**.

Tous les Publics sont concernés

Jordan, ex-apprenti Témoigne ...

«Le référent handicap de mon centre d'apprentissage a fait une demande d'aménagement d'épreuves d'examen : j'ai eu du temps en plus ce qui m'a permis d'avoir mon diplôme, sans stress»

Cindy, ex-apprentie témoigne...

«J'étais pas intégrée dans le groupe car j'entends mal et je me retrouvais seule. Le référent handicap, a fait venir une association pour expliquer mon problème au groupe et depuis, ça va beaucoup mieux.»

PARCOURS

Parcours Personnalisé d'Apprentissage (PPA)

Le PPA est en quelque sorte, un parcours de formation sur mesure que l'apprenti/ le stagiaire, peut construire avec le référent handicap, l'équipe des formateurs et d'autres personnes en fonction de ses besoins (éducateurs, psychologues, médecin....)

Nom :
Prénom :
Né (e) le à
Adresse
.....
E mail :@.....
Tél :

Formation envisagée :

Troubles Identifiés :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dyslexie | <input type="checkbox"/> Concentration |
| <input type="checkbox"/> Dyspraxie | <input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire |
| <input type="checkbox"/> Dyscalculie | <input type="checkbox"/> Trouble de l'attention |
| <input type="checkbox"/> Dysphasie | |
| <input type="checkbox"/> Dysorthographe | |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Aménagements Examens :

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1/3 temps | <input type="checkbox"/> En cours |
| <input type="checkbox"/> Autres | |