

# Recueil, identification des besoins spécifiques et évaluation de la situation

## Public visé :

Professionnels intervenant auprès de personnes en situation de handicap auditif

## Objectifs :

- Analyser les besoins spécifiques
- Evaluer
- Restituer

## Prérequis :

Travailler avec des personnes en situation de surdité

## Durée :

2jours, soit 14h

## Evaluation de la formation :

- Auto-évaluation de positionnement par questionnaire
- Evaluation à chaud de la satisfaction

**Tarif :** sur devis

## Déroulé / contenu de la formation :

### Jour 1 : Les partenaires

- **SPE**
- **Employeurs**
- **Organisme de formation**
- **Médecine du travail**

Evaluation du module : étude de cas

### Identifier les besoins :

Analyser la situation de la personne, le contexte de la demande, les objectifs contextualisés

### Les évaluations :

- Lire écrire compter,
- Lecture labiale
- Tests d'autonomie
- Modes de communications

Evaluation du module : Etude de cas

### Jour 2 :

- Les analyser les résultats et les contextualiser
- Restituer et préconiser à la personne
- Restituer aux partenaires les difficultés et préconiser les actions

Evaluation du module : Etude de cas, mise en pratique

## Moyens techniques :

Prévoir un vidéoprojecteur et un paperboard

[Si distanciel, caméra, micro et connexion internet stable]

## Compétences et qualifications du formateur :

La formation est assurée par une interface de communication et ergonomiste

**DATES :** 2 et 3 juin 2026

**LIEU :** Dijon

**MATERIEL NECESSAIRE :**

Un ordinateur muni d'une connexion internet, d'un micro et d'une webcam

**TARIFS POUR 2 JOURNÉES DE FORMATION**

Nombre de stagiaire	Tarif adhérents FISAF	Tarif non-adhérents
1	600 €	700 €

Tarif dégressif à partir de 3 inscrits : - 10 %

**REGLEMENT**

Par virement bancaire à réception de la facture en fin de formation.

**BULLETIN A RETOURNER**

Le bulletin doit être dûment rempli, signé et retourné par mail à :

[j.legeay@fisaf.asso.fr](mailto:j.legeay@fisaf.asso.fr)

Date, cachet et signature de la Direction

Nos formations sont accessibles aux personnes en situation de handicap. N'hésitez pas à nous contacter pour toutes demandes d'adaptation.

Vous pouvez contacter Joanna LEGEAY pour plus de renseignements au 05 57 77 48 33 ou par mail : [j.legeay@fisaf.asso.fr](mailto:j.legeay@fisaf.asso.fr)

**ETABLISSEMENT**

Etablissement :

Adresse :

Code Postal

Ville :

Numéro SIRET :

Nom du Directeur :

Mail du Directeur :

Nom du référent formation :

Mail du référent formation :

**INFORMATIONS SUR LES STAGIAIRE(S)**

*Merci de nous fournir l'ensemble de ces informations indispensables à la prise en compte de votre inscription.*

**Stagiaire 1**

Nom-Prénom

Fonction

Mail

Téléphone

« TRADUCTION LSF/FRANÇAIS NECESSAIRE :  OUI  NON »

**Stagiaire 2**

Nom-Prénom

Fonction

Mail

Téléphone

« TRADUCTION LSF/FRANÇAIS NECESSAIRE :  OUI  NON »

Date limite d'inscription : 3 semaines avant le début de la formation.

Sous réserve du nombre d'inscrits.  
Une convention de formation vous sera transmise pour contractualiser votre inscription.

**PARTIE A COMPLETER**

## QUESTIONNAIRE PREALABLE

Formation :

« ..... »

**Module :** « ..... »

*Vous souhaitez participer à l'action de formation ci-dessus référencée. Afin d'adapter au mieux la formation et de vérifier que vos attentes correspondent aux contenus et objectifs du stage, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire.*

**Les questionnaires qui ne seront pas intégralement complétés ne seront pas traités.**

**Rappel : Les objectifs de cette formation ne sont pas d'identifier ou de valider le projet professionnel qui doit être clairement et préalablement défini.**

### 1. Mieux vous connaître

**NOM – Prénom :** .....

**E-mail :** .....

**Fonction ou métier exercé :** .....

**Formation :** .....

**Vous êtes sur votre poste depuis :**

Moins d'un an       1 à 5 ans       5 à 10 ans       plus de 10 ans

### 2. Préparez votre formation

**Quels sont les thèmes du programme qui vous intéressent le plus ?**

.....  
.....  
.....

**Avez-vous des questions à propos des thèmes abordés par la formation ?**

.....  
.....  
.....

**Quelle est votre expérience par rapport au sujet de la formation ?**

.....  
.....  
.....

**Quelles sont vos principales attentes par rapport à cette formation ?**

.....  
.....

**Avez-vous des informations que vous souhaitez communiquer au formateur ?**

.....  
.....

*Remarque : Stage complémentaire « ..... »*

**A retourner 6 semaines avant le début du stage à [j.legeay@fisaf.asso.fr](mailto:j.legeay@fisaf.asso.fr)**

FISAF  
Responsable de formation INTER : Joanna LEGEAY