cfpts CENTRE NATIONAL DE FORMATION PROFESSIONNELLE AUX TECHNIQUES DU SPECTACLE

PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé
QU'IL CONVIENT D'ADAPTER À CHAQUE SITUATION

Il est important d'adapter le plan d'accompagnement personnalisé à chaque situation et à chaque cas individuel et de n'inclure que ce qui est indispensable.

Afin de respecter le code de déontologie aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document.

Avec l'accord de l'apprenant(e) toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge seront jointes au projet.

Les informations qui relèvent du secret médical seront conservées uniquement par la référente handicap et avec l'accord de l'apprenant(e).

La révélation de ces informations permet d'assurer une meilleure prise en charge afin que le CFPTS permette à l'apprenant(e)de suivre son traitement et/ou son régime et/ou besoin en aménagements et puisse intervenir en cas d'urgence.

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé et stocké en format papier. Ceux-ci seront sécurisés et n'accessibles qu'aux personnes habilitées par le CFPTS dans le but de connaitre les besoins de l'apprenant(e). Elles sont conservées pendant la durée de la formation et sont destinées aux personnes ***en charge de suivre*** l'apprenant(e). Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la référente handicap.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom / Prénom :

Formation :

Date de formation :

Date de naissance :

Adresse : :

Téléphone :

e-mail :

PERSONNES A PREVENIR POUR LES URGENCES :

CONTACT 1
Nom-Prénom
Tel

CONTACT 2
Nom- Prénom
Tel

J'accepte que ce document soit porté à la connaissance des équipes pédagogiques, de la direction, du directeur technique, des SST en charge de suivre* l'apprenant(e) *afin que le CFPTS puisse permette de suivre mon traitement et/ou mon régime et/ou besoin en aménagements et puisse intervenir en cas d'urgence.
J'accepte que ses données soient conservées pendant la durée de la formation.
J'ai pris connaissance de mon droit d'accès aux données me concernant et de la procédure pour les rectifier en contactant la référente handicap.

Signature de l'apprenant(e)

Établissement de formation :

Référents	Nom :	Tél :	Adresse mail :	Signature et date :	Exemplaire du PAP reçu le :
Directeur D'établissement	Bruno BURTRE	01 48 97 59 83	bburtre@cfpts.com		
Référent handicap	Céline BRACONNIER OLIVAUD	01 48 97 57 13	cbraconnier-olivaud@cfpts.com		

Nom de l'apprenant(e) :

ANTECEDENT

Avez-vous déjà bénéficié d'un PAI/PAP dans le cadre d'une formation et/ou pour la passation des examens ou toute épreuve d'évaluation ? si oui à quelle date/Classe ?

Oui Non

Avez-vous déjà bénéficié d'aménagements dans le cadre d'une formation et/ou pour la passation des examens ou toute épreuve d'évaluation

Oui Non

Si oui lesquels :

Ces aménagements comprenaient-ils :

Des aides humaines

Oui Non

Si oui lesquels :

Des aides techniques *(matériel, mise en accessibilité des supports…)*

Oui Non

Si oui lesquels :

Un aménagement du parcours (*étalement d'une année sur plusieurs années de scolarité, régime spécial d'étude (RSE))*

Oui Non

Des dispenses de suivi d'enseignement ?

Oui Non

Si oui lesquels :

Avez-vous bénéficié de dispenses d'épreuve ?

Oui Non

Si oui lesquels :

Actuellement, dans la vie quotidienne, avez-vous des besoins :

D'aides humaines pour les gestes de la vie quotidienne ?

Oui Non

Précise-s'il vous plait :

D'accompagnement par un service médico-social ou par des professionnels libéraux ?

Oui Non

Si oui, ces soins nécessitent-ils un aménagement de votre emploi du temps ?

Oui Non

Spécifiques pour le transport ?

Oui Non

Si oui lesquels :

Spécifiques pour le logement ?

Oui Non

Si oui lesquels :

cfpts. CENTRE NATIONAL DE FORMATION PROFESSIONNELLE AUX TECHNIQUES DU SPECTACLE

Nom de l'apprenant(e) :

Spécifiques pour la restauration?

Oui Non

Si oui lesquels

Spécifiques liés à des soins (soins infirmiers, kinésithérapie, traitements,…) ?

Oui Non

Si oui lesquels

Spécifiques liés à des allergies et/ou intolérances

Oui Non

Si oui lesquels :

Etes vous titulaire de la RQTH ?

Oui Non

Etes vous titulaire d'une pension d'invalidité ?

Oui Non

Etes vous titulaire de la carte « mobilité inclusion » portant la mention invalidité?

Oui Non

Etes vous titulaire de l'Allocation adulte handicapé (AAH)

Oui Non

cfpts CENTRE NATIONAL DE FORMATION PROFESSIONNELLE AUX TECHNIQUES DU SPECTACLE

Nom de l'apprenant(e) :

AMENAGEMENTS ET ADAPTATIONS
PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN OU PAR LE SPECIALISTE :

Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension des besoins en compensation

Précisions

Mesures à prendre par le CFPTS (préciser les disciplines si besoin)

Exemples (Aménagements, suivis, informations sur soins ou communication intra-personnel ,bureautique, manutention, travail en hauteur, etc...)

Aménagements lors de la formation

- ☐ Mise à disposition d'un ordinateur / d'une imprimante
- ☐ Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion) du candidat/apprenant
- ☐ Branchement d'un outil informatique adapté
- ☐ Utilisation de logiciels spécifiques sur l'ordinateur ou la tablette de l'apprenant(e)
- ☐ Machine braille du candidat
- ☐ Utilisation d'un pointeur central ou rollermouse du candidat

- ☐ Sujet en caractères agrandis (Arial 16) ou (Arial 20)
- ☐ Utilisation de papier spécifique pour rédaction d'épreuve /de cours
- ☐ Documents imprimés en A3
- ☐ Documents au format numérique (PDF)
- ☐ Documents en caractères agrandis
- ☐ Documents en braille
- ☐ Documents avec fort contraste
- ☐ Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, drive, etc.)
- ☐ Adaptation du cursus (allongement, morcellement, année blanche, redoublement…)
- ☐ Dispense partielle d'assiduité
- ☐ Absences récurrentes pour rdv médicaux

- ☐ Accompagnement d'un secrétaire lecteur et/ou scripteur / assistant à la reformulation des questions
- ☐ Assistance d'un interprète en langue des signes française (LSF)
- ☐ Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)
- ☐ Pour l'encadrant / le surveillant : parler fort et de façon intelligible

- ☐ Bureau proche de l'encadrant / du surveillant
- ☐ Consignes orales données par écrit
- ☐ Port d'un masque transparent (dit "inclusif") pour le surveillant
- ☐ Lecture Labiale

- ☐ Salle à faible effectif (12 candidats maximum)
- ☐ Mise à disposition d'un espace de repos
- ☐ Possibilité de faire des pauses fréquentes, de se déplacer, de se restaurer, de bénéficier de soins
- ☐ Accès facile aux sanitaires, possibilité de s'y rendre à plusieurs reprises
- ☐ Mise à disposition de mobilier particulier (sièges / tables réglables en hauteur)
- ☐ Mise à disposition ou autorisation d'utilisation d'accessoire particulier
- ☐ Conditions particulières d'éclairage
- ☐ Protocole de soins particulier
- ☐ Dispense de port de charges lourdes
- ☐ Consultation régulière du téléphone mobile
- ☐ Communication et informations aux formateurs

cfpts. CENTRE NATIONAL DE FORMATION PROFESSIONNELLE AUX TECHNIQUES DU SPECTACLE

Nom de l'apprenant(e) :

Aménagements lors des épreuves

- ☐ 1/3 temps supplémentaire
- ☐ Épreuves orales - 1/3 temps supplémentaire
- ☐ Majoration de la notation
- ☐ 1/3 d'acquis supplémentaire
- ☐ Non-comptabilisation des fautes d'orthographe
- ☐ Étalement des épreuves la même année
- ☐ Étalement des épreuves dans l'année N+1

- ☐ Mise à disposition d'un ordinateur / d'une imprimante
- ☐ Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion) du candidat/apprenant
- ☐ Branchement d'un outil informatique adapté
- ☐ Utilisation de logiciels spécifiques sur l'ordinateur ou la tablette de l'apprenant(e)
- ☐ Machine braille du candidat
- ☐ Utilisation d'un pointeur central ou rollermouse du candidat

- ☐ Sujet en caractères agrandis (Arial 16) ou (Arial 20)
- ☐ Utilisation de papier spécifique pour rédaction d'épreuve /de cours
- ☐ Documents imprimés en A3
- ☐ Documents au format numérique (PDF)
- ☐ Documents en caractères agrandis
- ☐ Documents en braille
- ☐ Documents avec fort contraste
- ☐ Transmission des cours et des epreuves (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)

- ☐ Accompagnement d'un secrétaire lecteur et/ou scripteur / assistant à la reformulation des questions

- ☐ Assistance d'un interprète en langue des signes française (LSF)

- ☐ Pour l'encadrant / le surveillant : parler fort et de façon intelligible
- ☐ Bureau proche de l'encadrant / du surveillant
- ☐ Consignes orales données par écrit
- ☐ Port d'un masque transparent (dit "inclusif") pour le surveillant
- ☐ Lecture Labiale

- ☐ Salle à faible effectif (12 candidats maximum)
- ☐ Seul(e) dans une salle
- ☐ Mise à disposition d'un espace de repos
- ☐ Possibilité de faire des pauses fréquentes, de se déplacer, de se restaurer, de bénéficier de soins
- ☐ Accès facile aux sanitaires, possibilité de s'y rendre à plusieurs reprises

- ☐ Mise à disposition de mobilier particulier (sièges / tables réglables en hauteur)
- ☐ Protocole de soins particulier
- ☐ Dispense de port de charges lourdes
- ☐ Conditions particulières d'éclairage

cfpts CENTRE NATIONAL DE FORMATION PROFESSIONNELLE AUX TECHNIQUES DU SPECTACLE

Nom de l'apprenant(e) :

Aménagements du temps de présence dans l'établissement

- ☐ Temps partiel (temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés, rendez-vous médical sur temps de formation)
- ☐ Temps de repos
- ☐ Inaptitude partielle ou totale d'activité ou aménagement de l'activité (Port de charges, activités manuelles ...) ***Joindre le certificat d'inaptitude***

Aménagement de l'environnement (selon le contexte)

- ☐ Accessibilité aux locaux :
- ☐ Environnement visuel, sonore, autre :

Aménagements à l'extérieur de l'établissement : le PAP doit suivre l'apprenant(e) sur ses différents lieux collectifs lors des :

- ☐ Déplacements (visite extérieure, etc.)
- ☐ Déplacements pour examens
- ☐ Sorties, séjours avec nuitée

cfpts CENTRE NATIONAL DE FORMATION PROFESSIONNELLE AUX TECHNIQUES DU SPECTACLE

Nom de l'apprenant(e) :

Soins

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (cf. ordonnance jointe)

Traitement médicamenteux :

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement, préciser :

Protocole a joindre

Éléments confidentiels aux équipes de secours

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » (A fournir par le médecin ou spécialiste)

Autres soins :

Nécessité d'une trousse d'urgence (Personnel uniquement composé de SST / Absence d'infirmerie)

- Contenu : PAP(obligatoire) Ordonnance

Précision si nécessaire :

Protocole en cas d'urgence qui sera joint au PAP

à faire remplir par le médecin prescripteur

- Signes d'appel :

- Symptômes visibles :

- Mesures à prendre dans l'attente des secours

LE MEDECIN TRAITANT

Nom :
Adresse :
Tel :

SIGNATURE

LE SPECIALISTE QUI SUIT L'APPRENANT(E)

Nom :
Adresse :
Tel :

SIGNATURE

cfpts CENTRE NATIONAL DE FORMATION PROFESSIONNELLE AUX TECHNIQUES DU SPECTACLE

Nom de l'apprenant(e) :

CONSIGNES INTERNES :

Nécessité d'une trousse d'urgence (Personnel uniquement composé de SST / Absence d'infirmerie)

- Contenu : PAP(obligatoire) Ordonnance

- Lieu de stockage de la trousse d'urgence dans l'établissement à préciser :

L'apprenant(e) s'engage à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'établissement ou le référent handicap en cas de changement de prescription médicale.
Le PAP est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place.

Signature de l'apprenant(e)