

# PRESTATION ACCEA 2024

## INITIATEURS DE LA PRESTATION

### CENTRE DE FORMATION

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Nom du référent handicap : .....

Mail : .....

☎ : .....

Autre personne à contacter : .....

Mail : .....

☎ : .....

### REFERENT DU PARCOURS

Mission locale     Cap emploi     Pôle Emploi

Structure Médico-sociale     Education Nationale

PLIE     Autre, préciser : .....

Nom de la structure : .....

Nom du référent de parcours : .....

Mail : .....

☎ : .....

*Le référent de parcours – Pôle emploi / Cap emploi / Mission locale - a la responsabilité de mobiliser les P.A.S. [AGEFIPH-FIPHFP]*

## BENEFICIAIRE

Mme     Mr    Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Mail : ..... ☎ : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Handicap :     Auditif     Moteur     Visuel     Psychique     Intellectuel     Cognitif     Autre (préciser) :

Responsable légal (si nécessaire) : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Mail ..... ☎ : .....

## FORMATION CONCERNEE

Intitulé : .....

### Modalités de la formation :

Formation continue     Apprentissage

Dates de la formation : Entrée : ..... / ..... / 20.....    Sortie : ..... / ..... / 20.....

### Modalités de financement dans la formation continue :

Conseil Régional :     Action collective     Aide individuelle

Pôle Emploi :     Action collective     Aide individuelle

Mobilisation de la prestation Accea :     En amont de la formation     Pendant la formation

## ARGUMENTAIRE MOTIVANT LA MISE EN PLACE D'Accea

➔ Le référent handicap du centre de formation et le référent de parcours précisent, au regard du handicap de la personne, les risques d'écart entre ses aptitudes / contraintes et les exigences de la formation.

### **PARTENAIRE SPECIALISE HANDICAP** sollicité pour intervenir en appui durant Accea

Nom de la structure : .....

Nom de l'intervenant : .....

Mail : ..... ☎ : .....

#### Cadre d'intervention du partenaire spécialisé handicap :

- Prestation d'Appui Spécifique (P.A.S.) AGEFIPH-FIPHFP
- Offre de service Médico-sociale (IME, ITEP, SESSAD...)
- Dispositif Emploi accompagné
- Autre intervenant spécialisé non financé

<b>Centre de formation</b>	<b>Référent de parcours</b>	<b>Bénéficiaire</b>	<b>Prestataire spécialisé</b>
Date : ____ / ____ /20 ____ Cachet, signature :	Date : ____ / ____ /20 ____ Cachet, signature :	Date : ____ / ____ /20 ____ Signature :	Date : ____ / ____ /20 ____ Cachet, signature :

**Cette demande d'Accea est à intégrer par le centre de formation dans l'interface ICARE**

**Joindre à celle-ci : Le titre de BOETH (RQTH / AAH / ...) ou l'attestation d'engagement dans la démarche de reconnaissance.**

#### **DONNEES PERSONNELLES :**

Les données personnelles collectées seront intégrées dans l'interface Icare-crfh.fr pour solliciter le financement des aménagements en formation. L'interface utilise un protocole d'accès sécurisé (https), les données sont cryptées lors de leurs échanges. Elles sont enregistrées et consultables par le centre de formation, le CRFH et la délégation régionale de l'Agefiph. Elles sont transmises au bénéficiaire, au partenaire spécialisé handicap et au référent de parcours. Leur durée de conservation est de cinq ans après la fin de la formation aménagée.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données vous concernant, que vous pouvez exercer en contactant le délégué à la protection des données (DPO) de l'Association HANDIC'APTITUDE 202 rue d'Ornano 33000 BORDEAUX :

- Par courrier postal signé accompagné de la copie d'un titre d'identité

Par la signature ci-dessus, j'autorise le CRFH à utiliser les informations recueillies pour le traitement de données permettant l'aménagement de la formation suivie, ainsi que l'évaluation globale des aides attribuées.