**Journal des mesures d'appui** (à remplir par la personne en formation)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1. Données personnelles*** | | | |
| Nom: |  | Profession: |  |
| Prénom: |  | Orientation/Branche: |  |

***2. Mesures d’appui réalisées***

|  |
| --- |
| par ex. cours, intervention de spécialistes, utilisation de moyens auxiliaires, thérapie |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Date:*** | ***Signature:*** |
| Personne en formation: |  |  |
| Personne compétente: |  |  |
| Représentants légaux: |  |  |

**doit être annexé à la demande de compensation des désavantages**