|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cid:image001.jpg@01D984E8.1AC7EF90 |

|  |
| --- |
| **DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER** **DE LA MDPH DU PAS-DE-CALAIS VERS UNE AUTRE MDPH**  |

 |

**Ce document dûment complété et accompagné des pièces justificatives est à retourner à l’adresse suivante :**

MDPH 62

Parc d’Activités des Bonnettes - 9, rue Willy Brandt – BP90266

62005 ARRAS CEDEX

**1**

**IDENTIFICATION DU DEMANDEUR OU DE L’ENFANT CONCERNÉ**  Madame  Monsieur

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de naissance :  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Nom d’épouse :  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Prénom (s) :  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Date de naissance :  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  |
| N° de dossier MDPH :  Ancienne adresse :  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| N° : \_\_\_\_\_  | Rue :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Code Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nouvelle adresse :  | Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| N° : \_\_\_\_\_  | Rue :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Code Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

Date d’effectivité du changement d’adresse : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pièces à joindre obligatoirement à la présente demande remplie, datée et signée :**

 un justificatif de votre nouveau domicile (Exemple : quittance de loyer, facture d’électricité, etc.)

**Le signataire certifie sur l’honneur que les informations fournies sont exactes et s’engage à signaler toute modification de situation qui pourrait intervenir.**

 **Fait à (ville) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_**

 **Signature (***du demandeur ou son représentant légal***) :**

La loi rend passible d’amende et d’emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code pénal). La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d’accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.