

## Coordonnées de la MDS :

MDS de : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Fonction : ..... Adresse : .....  
.....  
Tel : .....  
Courriel : .....

## Identification du parent en situation de handicap / de l'enfant en situation de handicap concerné par la demande :

Nom de naissance : .....  
Nom d'épouse : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Numéro de dossier MDPH : .....  
Représentant légal : .....

## Nature de l'accompagnement :

- Accompagnement préventif
- Accompagnement renforcé

## Autorisation d'échanges d'informations entre la MDPH et la MDS, concernant la situation de l'utilisateur **(partie à remplir par l'utilisateur)**

Je soussigné(e) M .....  
Demandeur - Représentant légal - Tuteur (Rayer les mentions inutiles)

Autorise (Nom et qualité de la personne ressource) .....  
à être l'interlocuteur direct de la MDPH pour toutes demandes d'informations (hors pièces médicales),  
de pièces nécessaires au traitement de mon dossier. J'autorise la MDPH à communiquer directement  
avec la personne ressources pour faciliter le traitement de mon dossier.

Date : ..... Signature .....

*Sous réserve de l'accord préalable de la personne handicapée ou de son représentant légal, l'équipe pluridisciplinaire peut échanger avec les professionnels intervenant dans l'accompagnement sanitaire et médico-social de la personne handicapée (article 9 – [article L.241-10 du CASF](#))*