

Coordonnées du partenaire/personne ressource

Structure de rattachement :

Nom : Prénom : Fonction :

..... Adresse :

.....

Tel :

Courriel :

Identification de l'adulte / de l'enfant concerné par la demande

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de dossier MDPH :

Représentant légal :

Éléments importants à signaler (urgence médicale, administrative, sociale, risque rupture prestation, déscolarisation, prévention des ruptures de parcours etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autorisation d'échanges d'informations entre la MDPH et le Partenaire, 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) Date :
..... Signature

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.

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](#))

Merci de préciser les pièces jointes à cette fiche de liaison :

.....

.....

.....

.....