|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**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

**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.