

## A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance :

Nom d'épouse ou nom d'usage :

Prénom(s) :

Sexe :  Masculin  Féminin

Nationalité :  Française  EEE ou Suisse  Autre

Date de naissance :

Lieu de naissance : Code postal :

Commune :

Pays :

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France :

N° de sécurité sociale :

Nom de l'organisme de sécurité sociale :

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° :

Dans quel département?

## A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° :  Rue :

Complément d'adresse :

Code postal :  Commune :

Téléphone :  Fax :

Adresse électronique :

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel :

## A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° et Rue :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complément d'adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse électronique :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Précisez qui détient l'autorité parentale :**  Mère  Père  Les deux  Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Fax : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

#### A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée  Autre

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne ou organisme : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Fax : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

#### A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_  CAF  MSA  Autre

Nom et prénom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune : \_\_\_\_\_

#### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes :  Célibataire  Marié(e)  En couple sans être marié(e)

Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Nombre d'enfants à charge : [ ][ ]

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

#### A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

**Salarié(e)** y compris apprentissage depuis le :

	Vous	Votre conjoint(e)
depuis le :	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Type de contrat :	_____	_____
Date de début du contrat :	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Date de fin du contrat :	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
en milieu protégé ESAT	depuis le : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

