NOM Prénom : ……………………………….

Adresse : ………………………………………

………………………………………………….

………………………………………………….

N° de dossier Individuel : ……………………………

Maison Départementale des

Personnes handicapées

**Service traitement des recours**

Parc d’Activités des Bonnettes

9 Rue Willy Brandt

62000 ARRAS

**Objet : Demande de conciliation.**

Madame, Monsieur,

Par la présente, je conteste la (les) décision(s) de la Commission des Droits et de

l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) du …. / …./ 20. ., concernant ma ou (mes) demande(s) de :

-

-

-

Je sollicite la mise en place de la procédure de conciliation et pour cela je souhaiterais m’entretenir avec une des personnes qualifiées chargées de cette mission afin de :

( ) Avoir des explications concernant la ou les décision (s) prise (s).

( ) Transmettre des informations concernant ma situation.

Je vous en remercie et vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, mes salutations

distinguées.

A …………………………

Le ………………………..

Signature