|  |
| --- |
| **DEMANDE DE MISE EN PLACE DE** **PROJET PERSONNALISE DE SCOLARISATION** |

**DATE : …………………………….**

|  |
| --- |
| **ELEVE**NOM : …………………………………………………..Prénom : ……………………………………………….Date de naissance : …………………………………Etablissement scolaire : ……………………………..Classe : ………………………………………………… |

**PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
| **Téléphone** |  |  |
| **Mail** |  |  |

Je soussigné·e M/Mme …………………………………………………………………… sollicite(nt) l’Equipe Pluridiscipinaire d’Evaluation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH 70) pour la mise en place d’un Projet Personnalisé de scolarisation pour mon/notre enfant ………………………………..

Date : …………………………………..  Signature(s)