

De : Mr/Mme \_\_\_\_\_

À : MDPH29

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1C, Rue Félix Le Dantec

Résidant à : \_\_\_\_\_

29000 QUIMPER

Objet : Recours administratif préalable obligatoire (RAPO)

Madame, Monsieur,

Je dépose un recours administratif préalable obligatoire (RAPO) à l'encontre des décisions de la

MDPH en date de la CDAPH du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ portant sur \_\_\_\_\_

Je conteste cette décision car \_\_\_\_\_

Pour justifier mon recours, je dépose les pièces complémentaires suivantes (certificats médicaux, attestations, bilans...) : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,

Signature