**De :** Mr/Mme Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **À :** MDPH29

Né(e) le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. 1C, Rue Félix Le Dantec

Résidant à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 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 Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. ,

portant sur Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte..

Je conteste cette décision car :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fait à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.,

Signature

