MDPH 29
MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES DU FINISTÈRE

REMPLACEMENT DES ANCIENNES CARTES par une carte mobilité inclusion (CMI)

Priorité • Invalidité • Stationnement

⚠ **Remplissez un formulaire par bénéficiaire, même pour plusieurs cartes.**

Cartes délivrées avant 2017



31 décembre 2026



1 Bénéficiaire de la ou des cartes

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Date de naissance : _____

N° de dossier MDPH (si connu) : _____

Adresse actuelle : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

2 Personne qui signe si différente du bénéficiaire

Nom et prénom : _____

☐ Parent ☐ Représentant légal ☐ Autre : _____

3 Cartes concernées

Carte(s) à remplacer : cochez la ou les cases concernées.

☐ Priorité ☐ Invalidité ☐ Stationnement

4 Pièces à joindre à votre demande

☐ Copie d'une pièce d'identité du bénéficiaire.

☐ Copie de chaque ancienne carte concernée.

Ne joignez pas de photo : elle sera demandée par l'Imprimerie nationale.

5 Déclaration et signature

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués.

Toute fausse déclaration vous expose à des sanctions pénales.

Fait à : _____ Le : _____

Signature :