



**MAISON
DÉPARTEMENTALE DES
PERSONNES
HANDICAPÉES**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'IMPOSSIBILITÉ DE CONTACT
ENTRE PARENTS POUR UNE DEMANDE DEPOSEE AUPRES DE LA MDPH**

Je soussigné(e) : *Prénom NOM*

mère

père

de l'enfant : *Prénom NOM*

Né(e) le :

atteste sur l'honneur ne pas être en mesure de contacter : *Prénom NOM*

mère

père

Voici la dernière adresse de résidence de cette personne, à ma connaissance :

Adresse

/\ Si le second parent manifeste son opposition après le dépôt de la demande, la MDPH arrêtera l'évaluation et incitera les deux parents à solliciter le juge aux affaires familiales pour trancher le différend.

Fait à

Le

Signature du parent demandeur