



**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**