

NOM: .....

Le ..... / ..... / .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Adresse :

.....

.....

**MDPH du Var**  
**A l'attention de la commission des droits des**  
**personnes handicapées**  
**293 route de la Seyne**  
**CS 70057**  
**83190 OLLIOULES CEDEX**

**OBJET : RECOURS ADMINISTRATIF PRÉALABLE OBLIGATOIRE**

Madame, Monsieur,

Par courrier en date du ...../...../..... , j'ai reçu les notifications de décisions de la Maison Départementale des Personnes Handicapées du Var.

Je vous informe de mon souhait de faire un Recours administratif préalable obligatoire auprès de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées concernant les décisions suivantes (*Préciser la/les décisions contestées et joindre les documents que vous jugez utiles, notamment si votre situation a évolué depuis la première demande*):

- .....
- .....
- .....

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées

**SIGNATURE**

*( Le recours doit être rempli et signé par la personne en situation de handicap ou son représentant légal et envoyé, dans un délai de 2 mois après réception de la décision contestée, à la MDPH)*