

DEMANDE DE REVISION DU REGIME D'ACCUEIL EN VUE DE L'ADMISSION D'UN ENFANT

*Cette demande est à adresser à la Maison Départementale de l'Autonomie
– Service Evaluation Médico-sociale –
15, avenue Doyen Louis Weil – BP 337 – 38010 Grenoble Cédex 1*

N° de Classothèque	
NOM et Prénom	
Date de Naissance	
Adresse de résidence	
Coordonnées des représentants légaux	
Etablissement proposant l'admission	
Date prévue de l'admission	
Nouveau régime d'accueil souhaité permettant l'admission	<input type="checkbox"/> Semi-internat temps plein <input type="checkbox"/> Semi-internat temps partiel <input type="checkbox"/> Internat temps plein <input type="checkbox"/> Internat temps partiel
Copie du dossier de l'enfant à transmettre à l'établissement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pièces à joindre obligatoirement	<input type="checkbox"/> Copie de la décision dont il est demandé la modification
<i>Remarque : la décision initiale sera toujours valable et l'objectif est de permettre à terme l'accueil de l'enfant selon les modalités qui avaient été définies initialement.</i>	
Fait à, le	Fait à, le
Le(s) représentant(s) légal(aux) de l'enfant	Le directeur de l'établissement d'accueil