

## 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*

<b>N° de Classeur</b>	
<b>NOM et Prénom</b>	
<b>Date de Naissance</b>	
<b>Adresse de résidence</b>	
<b>Coordonnées des représentants légaux</b>	
<b>Etablissement proposant l'admission</b>	
<b>Date prévue de l'admission</b>	
<b>Nouveau régime d'accueil souhaité permettant l'admission</b>	<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
<b>Copie du dossier de l'enfant à transmettre à l'établissement</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Pièces à joindre obligatoirement</b>	<input type="checkbox"/> Copie de la décision dont il est demandé la modification
<p><b><u>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.</u></b></p>	
Fait à ..... , le .....	Fait à ..... , le .....
Le(s) représentant(s) légal(aux) de l'enfant	Le directeur de l'établissement d'accueil