Demande de révision du Régime d'Accueil par les IME et/ou les DITEP

Cette demande est à adresser à la Maison Départementale de l'Autonomie au secrétariat du service Evaluation Droits Parcours Handicap à : edph.enfant@isere.fr

N° Classothèque ou n° Individu	
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 : □ Semi-internat temps plein □ Semi-internat temps partiel □ Internat temps plein □ Internat temps partiel	
Copie du dossier de l'enfant à transmettre à l'établissement : □ oui □ non	
Pièces à joindre obligatoirement : copie de la décision dont il est demandé la modification.	
***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.**	
Signature du ou des représentants légaux de l'enfant : Fait à : le	Signature du Directeur ou Chef de service de l'établissement d'accueil : Fait à : le