Demande simplifiée de révision d'une décision d'Orientation d'un SESSAD spécialisé (niveau 2) vers un SESSAD généraliste (niveau 1)

*Cette demande est à adresser au secrétariat du service Evaluation Droits et Parcours Handicap à : **edph.enfant@isere.fr***

Remarque : Ce formulaire ne peut être utilisé que si la décision à réviser a été prise par la CDAPH de l'Isère.

N° Classothèque ou n° Individu	
NOM et Prénom	
Date de Naissance	
Adresse de résidence	
Coordonnées du ou des représentants légaux de l'enfant	
Coordonnées du SESSAD demandant la révision	
Besoins de l'enfant si connus :	
Coordonnées du Sessad vers lequel l'usager est orienté après accord de celui-ci	

Items à cocher :

- ❑ Demande d'un autre SESSAD
  - ❑ *Avec l'appui de l'Equipe Ressource Autisme*
  - ❑ *Avec l'appui de l'Equipe d'Evaluation et Coordination*
- ❑ Durée de la prise en charge *(à préciser par l'établissement)* :

***Rappel :* les décisions d'orientation prendront effet à compter de la date de la CDAPH qui suit cette demande**

Signature du ou des représentants légaux de l'enfant : Fait à : le	Signature du Directeur ou Chef de Service : Fait à : le