

NOM Prénom :.....

A

Adresse :.....

Le

.....

.....

n° de dossier familial :

MDPH de la Gironde
Bureau conciliation
1, esplanade Charles-de-Gaulle
CS 51914
33074 BORDEAUX CEDEX

Objet : demande de conciliation

Madame, Monsieur,

Par la présente, je conteste la (les) décision(s) de la commission des droits et de l'autonomie pour les personnes handicapées du .../...../20.... concernant ma (mes) demande(s) de :

-
-
-

Je sollicite la mise en place de la procédure de conciliation et pour cela vous voudrez bien me transmettre la liste des personnes qualifiées chargées de cette mission.

Je vous en remercie et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Signature