



Ce document concerne uniquement les usagers ayant des droits PCH en cours.

| <u>Enfants</u> | <u>Parent 1 ou représentation légal 1</u> | <u>Parent 2 ou représentant légal 2</u> |
|----------------|---|---|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Adresse | | |
| Téléphone | | |
| Courriel | | |

| <u>Adultes</u> | <u>Représentation légal 1</u> | <u>Représentant légal 2</u> |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Type de mesure de protection (ex : tutelle...) | | |
| Nom de l'organisme (si pertinent) | | |
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Adresse | | |
| Téléphone | | |
| Courriel | | |

▪ **Autres informations**

.....

.....

.....

En l'absence de droits en cours de validité à la PCH, ce formulaire n'est pas recevable.

Signature

Date : / /

- De la personne concernée
- Du représentant légal
- Des deux parents

Maison Départementale des Personnes Handicapées de Paris

✉ 69 rue de la Victoire 75009 PARIS ☎ 01-53-32-39-39 🌐 <https://handicap.paris.fr/la-mdph/nous-contacter/>

Accueil physique : lundi, mardi, mercredi et vendredi de 9h à 15h (fermeture le jeudi)

Accueil téléphonique : lundi, mardi, mercredi et vendredi de 9h à 12h et de 14h à 16h (fermeture le jeudi)