

NOM Prénom :.....

A

Adresse :.....

Le

.....

.....

n° de dossier familial :

Maison Départementale des
Personnes handicapées
Service conciliation
Immeuble le Phénix
264 bd Godard
33300 BORDEAUX

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