

Nom  
Prénom  
Adresse

date de naissance  
numéro de sécurité sociale

Dossier familial : numéro  
Numéro MDPH : numéro

Monsieur le Président de la CDAPH  
MDPH

Esplanade Charles De Gaulle  
CS 51914  
33074 BORDEAUX CEDEX

Bordeaux, le  
(dans les 2 mois de la décision contestée)

Ressources : <http://www.mdph33.fr/>

LR/AR

**OBJET : recours gracieux concernant :**

- l'attribution de la carte d'invalidité
- la reconnaissance de travailleur handicapé
- l'attribution de l'Allocation d'Adulte handicapé
- le taux d'invalidité
- autre motif

Madame, Monsieur,

Je souhaite exercer un recours gracieux pour les motifs suivants:

- expliquez votre situation médicale
- la nature de votre handicap
- l'éventuelle évolution de votre situation depuis la demande initiale.
- en quoi votre qualité de vie est affectée
- pourquoi selon vous votre demande n'a pas été prise en compte suffisamment

Je joins à cette demande un certificat médical qui vous convaincra du bien fondé de ma demande.

Je me tiens à votre disposition pour être examiné par un médecin conseil.

Dans l'attente, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en mon profond respect.

Signature