

Mme, M.....

Le.....

Adresse : .....

.....

.....

Tel. : .....

à

La Maison Départementale des Personnes  
Handicapées

Pôle d' Instruction Enfants  
8, rue Sainte Barbe  
13201-Marseille cedex 01

Je soussigné(e)....., représentant(e) légal(e) de  
l'élève....., inscrit(e) en classe de .....  
fréquentant l'établissement scolaire : .....  
adresse : .....  
reconnais avoir été informé(e) par les membres de **l'Equipe Educative** du .....  
de la situation scolaire de mon enfant.

Sur leurs conseils, je demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapés du  
département des Bouches du Rhône de bien vouloir enregistrer ma **demande d'un plan de  
compensation**.

J'accepte qu'une **Equipe de Suivi de la Scolarité** soit réunie et que les bilans et évaluations  
nécessaires à l'étude des besoins de mon enfant soient effectués.

Dès à présent, je suis informé(e) des coordonnées du Référent de Scolarité qui peut m'apporter toute  
information complémentaire.

Référent de Scolarité : Mme, M.....

adresse : .....

.....tel : .....

Signature du représentant légal :