

FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION AU SIAVS LSF 29



Mme / Mr **Nom :** **Prénom :**

Adresse :

Mail :

Skype :

Portable (SMS) : Fax :

Date de naissance :/...../.....

L'orientation SAVS de la MDPH est obligatoire.

No de dossier MDPH :

 **Avez-vous une orientation SAVS de la MDPH ? :**



Oui

⇒ **Date de validité de votre orientation SAVS :** du/...../..... **au**/...../.....
Merci de joindre une copie de l'orientation SAVS.

En cours

⇒ **Votre dossier de demande d'orientation SAVS a été transmis à la MDPH le**/...../.....
Si votre demande est en cours : Merci de nous transmettre l'accusé réception de la MDPH et la copie de l'orientation SAVS, dès que vous l'avez reçue.

Les prestations du SIAVS LSF29 sont financées par le Conseil Départemental du Finistère. Elles sont donc gratuites.

Cette fiche de demande d'admission au service LSF29 est valable toute la durée de la notification MDPH.

Un projet personnalisé sera élaboré avec vous et renouvelé tous les ans.

Fait le :

Signature :

MAJ le 13/04/21