



10 route de Saint Georges – CS 50316 – 89005 PERRIGNY Cedex  
Téléphone : 03.86.72.89.72  
E-mail : mdphy@yonne.fr

## AUTORISATION TRANSMISSION DE DOSSIERS

Dossier n° :  
Nom de l'utilisateur :  
Date de naissance :

Je soussigné(e), Monsieur, Madame.....  
demandant en tant qu'utilisateur  ou représentant légal , autorise Monsieur, Madame  
.....  
..... (merci de préciser la  
fonction du professionnel et le nom de l'établissement) à réclamer la copie des pièces  
administratives et/ou médicales de mon dossier auprès de la MDPH de l'Yonne.

Type de documents souhaités :

- Notifications de décision
- Pièces médicales
- Autres (à préciser).....

Fait à .....le .....

Signature :