



**AUTORISATION DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS
SUITE À UNE ADMISSION EN ETABLISSEMENT OU
SERVICE MEDICO-SOCIAL**

Ce document dûment complété est à retourner à l'adresse suivante :

MDPH
355 Boulevard Jules Ferry
BP 40044
39000 LONS LE SAUNIER
Ou par mail à mdph39@jura.fr

Je soussigné(e) (nom, prénom) _____ autorise les services de la MDPH du Jura à transmettre les documents nécessaires à :

- Mon admission
- L'admission de mon enfant
- L'admission du majeur ou du mineur dont j'assume la protection

Dans l'établissement (nom) _____ situé (adresse)

Mail de transmission des informations : _____ @ _____

Renseignements sur l'adulte ou l'enfant concerné :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___

Date d'entrée prévu dans l'établissement : ___/___/___

Liste des documents à transmettre (établir la liste avec l'établissement concerné) :

-
-
-
-

Les documents médicaux seront envoyés sous pli confidentiel au médecin de l'établissement ou à l'adresse mail spécifique : _____ @ _____.

Fait à : _____ Le _____

Signature (du demandeur ou de son représentant légal) :