

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

**Arrêté du 20 mars 2026 relatif à la mise en œuvre d'une expérimentation d'une version 2 du formulaire CERFA n° 15692 de demande et d'un nouveau formulaire de demande de renouvellement des droits à l'identique auprès des maisons départementales des personnes handicapées**

NOR : SFHA2605734A

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,  
Vu l'article 37-1 de la Constitution ;  
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 241-6, R. 146-25 et R. 146-26 ;  
Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 223-5 ;  
Vu l'arrêté du 5 mai 2017 relatif au modèle de formulaire de demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Dans le cadre de l'expérimentation objet du présent arrêté, visant à évaluer la qualité d'un nouveau formulaire simplifiant la demande de droits et d'un nouveau formulaire de demande de renouvellement des droits à l'identique, il peut être dérogé à l'arrêté du 5 mai 2017 susvisé dans les conditions fixées par les articles 2 à 4 du présent arrêté.

**Art. 2.** – Les personnes souhaitant déposer une demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées des départements de l'Aveyron, de la Corse, de l'Indre, du Nord et de la Guyane sont informées de l'expérimentation mentionnée à l'article 1<sup>er</sup>.

Les personnes volontaires pour participer à cette expérimentation remplissent la version 2 du formulaire CERFA n° 15692, ou, en cas de demande de renouvellement des droits à l'identique, un nouveau formulaire de demande *ad hoc* dont les modèles figurent en annexes du présent arrêté.

**Art. 3.** – A compter de la date de publication du présent arrêté, et jusqu'au 29 mai 2026, les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article 2 pourront distribuer les modèles de formulaires figurant en annexe du présent arrêté.

Les formulaires de ces modèles qui seront remplis, doivent être déposés avant le 14 juin 2026 pour être traités par les maisons départementales des personnes handicapées.

**Art. 4.** – Cette expérimentation fera l'objet d'une évaluation par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la direction générale de la cohésion sociale en lien avec les maisons départementales des personnes handicapées concernées.

Elle portera sur les formulaires déposés pendant la période d'expérimentation mentionnée à l'article 3.

**Art. 5.** – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 mars 2026.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général  
de la cohésion sociale,*  
J.-B. DUJOL



Ce dossier de demande est expérimental.

Il doit être déposé avant le 14 juin 2026.

Il peut être utilisé seulement auprès des MDPH de l'Aveyron (12), de Corse (20), de l'Indre (36), du Nord (59) et de Guyane (973).



N° 15692\*02  
(provisoire)

## Dossier de demande à la MDPH

Ce document est émis par le Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.

### À quoi sert ce dossier ?

Il permet de décrire la situation et les besoins de la personne concernée par le dossier pour obtenir des droits, des aides financières ou des orientations.

Exemple : allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), carte mobilité inclusion, orientation (scolaire, professionnelle, etc.)

Grâce à ces informations, la MDPH va évaluer la situation, les besoins et les droits ou les aides qui pourraient être proposés.

**Ce dossier sert à faire une première demande, à demander un nouveau droit ou à demander un changement de ses droits.**

**Pour un renouvellement à l'identique de droits qui vont bientôt se terminer et uniquement si la situation n'a pas changé, un dossier spécial est disponible à l'accueil de votre MDPH.**

### Important

Remplir le dossier avec le maximum d'informations et de précisions permettra de le traiter plus rapidement. Pour que le dossier soit complet, **ajoutez les documents justificatifs (ex: certificat médical) et veillez à signer en page 17 du dossier.** Les documents sont listés à la fin du dossier.

### Comment obtenir de l'aide pour remplir ce dossier ?

- Contactez ou allez sur le site internet de la MDPH du département où vit la personne.

- Consultez le site internet : [monparcourshandicap.gouv.fr/aides](https://monparcourshandicap.gouv.fr/aides)



Consultez la notice disponible auprès de votre MDPH.

## 1 Personne concernée par le dossier

### 1.1 Identité

La personne concernée est la personne pour qui le dossier est déposé.

Exemples :

- Si vous déposez le dossier pour vous-même, vous êtes la personne concernée par le dossier.
- Si vous déposez le dossier pour votre enfant, c'est l'enfant qui est la personne concernée par le dossier.

Veillez écrire en majuscule.

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom(s)

Date de naissance (Exemple: 30/10/1983)

 /  / 

Numéro de Sécurité Sociale

Organisme de prestations familiales  CAF  MSA  Autre, précisez

Numéro d'allocataire

La personne concernée a-t-elle déjà un dossier dans une MDPH ?  Oui  Non

Si oui, dans quel département ?

## 2 Informations générales

### 2.1 Adresse de la personne concernée (lieu où vit la personne)

Adresse (numéro et voie)  Complément d'adresse (bâtiment, immeuble, escalier)

Précisions: nom d'un établissement, chez Monsieur X, etc.

Code postal  Commune  Pays

La personne réside-t-elle à cette adresse depuis plus de 3 mois ?  Oui  Non

Si la personne a vécu à l'étranger au cours des 3 derniers mois,

préciser la date d'arrivée en France:  /  /

Adresse de réception du courrier de la personne concernée si différente de celle du lieu de vie:

### 2.2 Coordonnées de contact de la personne concernée ou de la personne à contacter

**i** Si la personne concernée est un mineur ou un majeur protégé, remplissez les informations de la partie 2.3 ou 2.4

Adresse e-mail  Numéro de téléphone

### 2.3 Pour les mineurs : autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle

**i** Cette partie est à remplir si la personne concernée est un mineur.

Qui exerce l'autorité parentale ?  Parent 1 ou représentant légal 1  Parent 2 ou représentant légal 2

|     |                      |                      |
|-----|----------------------|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-----|----------------------|----------------------|

|        |                      |                      |
|--------|----------------------|----------------------|
| Prénom | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|--------|----------------------|----------------------|

|                |                      |                      |
|----------------|----------------------|----------------------|
| Adresse e-mail | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------|----------------------|----------------------|

|                     |                      |                      |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| Numéro de téléphone | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|---------------------|----------------------|----------------------|

**i** À préciser uniquement si l'adresse est différente de celle du lieu de vie de la personne concernée.

|                         |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Adresse, numéro et voie | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-------------------------|----------------------|----------------------|

Parent 1 ou représentant légal 1  Parent 2 ou représentant légal 2

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| Complément d'adresse |  |  |
| Code postal          |  |  |
| Commune              |  |  |
| Pays                 |  |  |

## 2.4 Pour les majeurs sous mesure de protection (tutelle, curatelle, etc.)

**i** Cette partie est à remplir si la personne concernée est un majeur protégé.

|   | 1er - Tuteur, curateur, etc. | 2ème - Tuteur, curateur, etc.<br>si nécessaire |
|---|------------------------------|--|
| Type de mesure de protection<br>(tutelle, curatelle, sauvegarde de justice,<br>habilitation familiale, autres : précisez) |                              |  |
| Nom   |                              |  |
| Prénom  |                              |  |
| Adresse e-mail  |                              |  |
| Numéro de téléphone   |                              |  |

**i** À préciser uniquement si l'adresse est différente de celle du lieu de vie de la personne concernée

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| Adresse, numéro et voie |  |  |
| Complément d'adresse    |  |  |
| Code postal             |  |  |
| Commune                 |  |  |
| Pays                    |  |  |

## 2.5 Situation familiale

### Situation matrimoniale de la personne concernée

- Célibataire                       Mariée ou pacsée                       Sans objet (exemple: la personne concernée est un enfant)  
 Séparée, divorcée ou veuve                       En couple sans être mariée ou pacsée

### Enfant(s) à charge

**i** Vous pouvez cocher plusieurs cases.

**⚠** Si la personne concernée a un ou plusieurs enfants à charge, joignez un extrait du livret de famille ou précisez sur papier libre les noms, prénoms et dates de naissance des enfants à charge.

- Pas d'enfant  
 Attend un enfant, précisez la date d'arrivée prévue de l'enfant (accouchement ou adoption) :  
 Un ou plusieurs enfants. Précisez si :

□ □ / □ □ / □ □ □ □

- Élevés en garde partagée  
 Élevés seul(e) - monoparentalité

## 2.6 Revenus, indemnité, allocation et pension

 Cette partie est à remplir si la personne concernée perçoit des revenus ou des aides sociales.

### Revenus, indemnités journalières

- Salaire                       Revenu d'un ESAT                       Indemnités journalières (exemple : indemnités en cas d'arrêt de travail)
- Autre revenu, précisez (exemple : travailleur indépendant, etc.)

### Aides sociales perçues actuellement

- Allocation chômage versée par France travail                       Revenu de solidarité active (RSA)
- Allocation aux adultes handicapés (AAH)                       Allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- Allocation de solidarité spécifique (ASS)
- Allocation journalière de présence parentale (AJPP)
- Allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA)

### Pensions

- Pension de retraite, depuis le :  /  /  /
- Retraite pour inaptitude :  Oui  Non

### En cas d'invalidité

 Joindre une photocopie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité.

- Pension d'invalidité :  1<sup>ère</sup> catégorie  2<sup>ème</sup> catégorie  3<sup>ème</sup> catégorie
- Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

### Indemnisation liée à un accident

 Cette partie est à remplir si le dossier de demande MDPH est déposé à la suite d'un accident.  
Par exemple, un accident causé par un tiers, un accident du travail, etc.

La personne concernée perçoit-elle une indemnisation ou une demande d'indemnisation est-elle en cours ?  Oui  Non

## 2.7 Situation des parents

 Cette partie est à remplir si la personne concernée a moins de 20 ans.

### Parent 1

Le parent travaille-t-il à temps partiel ou a-t-il renoncé à son emploi ?

- Oui  Non

Si oui, précisez la quotité de temps travaillé (en %)

### Parent 2

Le parent travaille-t-il à temps partiel ou a-t-il renoncé à son emploi ?

- Oui  Non

Si oui, précisez la quotité de temps travaillé (en %)

Une tierce personne est-elle rémunérée pour s'occuper de l'enfant ?

Oui  Non

Si oui, précisez le temps de rémunération (heures par semaine)

Pour un emploi non régulier estimez le nombre d'heures par an

### 3 Vie professionnelle

**i** Cette partie est à remplir si la personne concernée a plus de 16 ans et si elle a des besoins pour sa vie professionnelle. Elle permet de détailler ses besoins et attentes pour sa vie professionnelle ou ses revenus.

**⚠** Joindre un CV (curriculum vitae) ou joindre le modèle présent dans la notice si vous n'avez pas de CV.

#### 3.1 Situation professionnelle

**i** Si la personne concernée est actuellement en emploi, remplissez la partie «En emploi».

Si la personne concernée est actuellement sans emploi, remplissez la partie «Sans emploi».

##### En emploi

Intitulé du poste, fonction, métier

Depuis le

 /  /    

Nom de l'employeur (entreprise, organisme)

Commune

Quel est le type de contrat ?

- CDI  
 CDD  
 Intérim  
 Contrat aidé  
 Travailleur indépendant  
 Contrat accompagnement par le travail  
(ESAT : Établissements et services  
d'accompagnement par le travail)

Quel est le temps de travail ?

Temps partiel  Temps complet

Si temps partiel, précisez le nombre d'heures travaillées / semaine

La personne rencontre-t-elle des difficultés dans son travail ?

Oui  Non

Si oui, précisez les difficultés (arrêts de travail fréquents, besoin d'aménagements importants, etc) :

La personne est-elle en arrêt de travail ?

Oui  Non

Si oui, précisez depuis quand ?

 /  /

La personne bénéficie-t-elle d'un aménagement sur son poste de travail ?

Oui  Non

Si oui, lequel (ex : matériel ergonomique ou aménagement horaire, télétravail, etc.)

Si un accompagnement existe ou a existé pour permettre le maintien dans l'emploi ou pour la reprise d'emploi, qui l'a réalisé ?

Un service de santé au travail (médecine du travail)  
 Cap emploi

### Sans emploi

La personne a-t-elle déjà travaillé ?

Oui  Non

Si oui, précisez depuis quand elle est sans emploi :

 /  / 

Intitulé du dernier emploi

Pourquoi la personne est-elle sans emploi ?

La personne envisage-t-elle de commencer ou reprendre une activité professionnelle ?  
Si oui, précisez quelle activité :

La personne est-elle inscrite à France Travail ?

Oui  Non

Si la personne est accompagnée vers l'emploi, par qui est-elle accompagnée ?

France Travail  Cap Emploi  
 Mission locale  Référent RSA  
 Autre, précisez :

### Autres informations professionnelles

Un bilan de compétences, module d'orientation professionnelle (MOP) a-t-il été réalisé dans les 3 dernières années ?

Oui  Non

Si oui, joignez le bilan.

## 3.2 Besoins pour la vie professionnelle

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Adapter l'environnement de travail  
 Réaliser un bilan des capacités professionnelles  
 Accéder à un emploi  
 Autre, précisez :

- Préciser le projet professionnel  
 Bénéficier d'une aide financière pour assurer un revenu minimum  
 Accéder à une formation

Un établissement ou un service d'accompagnement a-t-il déjà été identifié ?

Oui  Non

Si oui, lequel

Un contact a-t-il été pris avec cet établissement ou service ?

Oui  Non

## Quelles sont les aides souhaitées pour répondre aux besoins décrits ci-dessus ?

 Vous pouvez cocher plusieurs cases.


- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)**
- Allocation aux adultes handicapés (AAH)** – À partir de 20 ans. Pour les plus de 16 ans, l'AAH peut être accordée sous certaines conditions et n'est pas cumulable avec l'AEEH.
- Orientation vers un établissement en lien avec l'insertion professionnelle**
  - Établissement et service d'accompagnement vers le travail (ESAT)
  - Établissement ou service de réadaptation professionnelle (ESRP)
  - Établissement et service de préorientation (ESPO)
  - Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)
- Dispositif emploi accompagné**

 Pour des informations sur les aides, consultez la notice.

## 4 Vie scolaire ou étudiante

 Cette partie est à remplir si la personne concernée a besoin d'aide pour sa scolarité ou ses études.

### 4.1 Situation scolaire ou étudiante actuelle

-  Si l'enfant est actuellement scolarisé, remplissez la partie «Pour les enfants scolarisés».  
Si l'enfant n'est pas scolarisé actuellement, remplissez la partie «Pour les enfants non scolarisés».  
Si la personne est étudiante ou apprentie, remplissez la partie «Pour les étudiants ou les apprentis».

#### Pour les enfants scolarisés

En quelle classe ?

Commune

Au sein de quel(s) établissement(s) ? ou précisez si l'enfant suit l'école à la maison (instruction en famille)

Des adaptations sont-elles actuellement mises en place par l'établissement ?

- PAP (Plan d'accompagnement personnalisé)
- PPRE (Programme personnalisé de réussite éducative)
- PAI (Projet d'accueil individualisé)
- PAS (Pôle d'appui à la scolarité)
- Autre (précisez)


Si l'établissement a réalisé un livret parcours inclusif (LPI), indiquez le numéro.

 Il est disponible auprès de l'établissement.

Un contact a-t-il été établi avec l'enseignant référent ?  Oui  Non

 Joignez obligatoirement le GEVA-sco si vous en avez un.

#### GEVA-sco

-  Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVA-sco».  
C'est un document rempli avec l'établissement scolaire.  
Les coordonnées de l'enseignant référent peuvent être obtenues auprès du directeur de l'école.

 Si vous avez des remarques, vous pourrez vous exprimer dans la partie « Expression libre ».

**Pour les enfants non scolarisés**

Pourquoi l'enfant n'est-il pas scolarisé ?

Il est trop jeune. À partir de quand sera-t-il scolarisé ?

/  /

Il est sans solutions d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social (Précisez pourquoi)

Autre, précisez

**Pour les étudiants ou les apprentis**

En quelle année d'études ?

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

Commune

Dernier diplôme obtenu

Diplôme préparé

**Emploi du temps**

*i* Pour décrire une semaine-type, avec les grands temps de la vie de l'enfant (maison, école, activités extra-scolaires, suivis médicaux et paramédicaux, etc...). Les lieux peuvent également être indiqués.

|                  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|------------------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| Matinée          |       |       |          |       |          |        |          |
| Midi             |       |       |          |       |          |        |          |
| Après-midi       |       |       |          |       |          |        |          |
| Fin d'après-midi |       |       |          |       |          |        |          |
| Soirée et nuit   |       |       |          |       |          |        |          |

## 4.2 Besoins en matière de vie scolaire ou étudiante

 Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Acquérir des savoirs (écrire, lire, calculer, etc...)
- Acquérir des savoir-faire (comprendre et suivre des consignes, organiser et contrôler son travail, prendre des notes, etc...)
- Communiquer (comprendre, s'exprimer, se faire comprendre)
- Assurer sa sécurité (comprendre et respecter les règles de vie, ne pas se mettre en danger etc...)
- Être en relation avec les autres (échanger avec ses camarades, etc...)
- Réaliser les activités du quotidien à l'école (aller aux toilettes, s'habiller, prendre les repas à la cantine, etc...)
- Se déplacer au sein de l'école (se repérer dans les différents lieux, accéder aux différents espaces, etc...)
- Utiliser les transports en commun pour se rendre à l'école

Un établissement scolaire, universitaire ou médico-social a-t-il déjà été identifié ?

Oui  Non

Si oui, lequel

Un contact a-t-il été pris avec cet établissement ?

Oui  Non

### Quelles sont les aides souhaitées pour répondre aux besoins décrits ci-dessus ?

 Vous pouvez cocher plusieurs cases. Pour des informations sur les aides, consultez la notice.

- Adaptation du parcours de scolarisation ou de formation (avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social)**

Précisez éventuellement la demande :

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)** – À partir de 15 ans, pour les stages, alternances, CAP, etc.

## 5 Vie quotidienne

① Cette partie est à remplir si la personne a des besoins pour la vie quotidienne.

Dans cette partie vous allez pouvoir :

- Décrire le quotidien de la personne concernée ;
- Indiquer quels sont les besoins pour aménager son quotidien.

### 5.1 Description de la vie quotidienne

① Cette partie permet de décrire la situation de la personne concernée, dans la vie de tous les jours. Pour chaque domaine de la vie quotidienne, préciser la façon dont la personne réalise les activités (seule, avec des difficultés, guidée par une autre personne, en utilisant un équipement particulier, etc.).

① Pour les personnes concernées par une maladie ou handicap rare ou par des altérations des fonctions mentales, cognitives, psychiques, dont les troubles neuro-développementaux, des questionnaires complémentaires et non-obligatoires existent. Ces documents sont disponibles sur le site [monparcourshandicap.fr](http://monparcourshandicap.fr) et à l'accueil de la MDPH. Il est possible de les compléter et de les joindre au dossier de demande.

Les activités de la vie courante (précisez)

Exemples : Faire les courses, préparer les repas, faire la vaisselle, etc.

Les activités d'hygiène personnelle (précisez)

Exemples : Se laver, s'habiller, aller aux toilettes, etc.

Les déplacements (précisez)

Exemples : se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, utiliser les transports en commun, utiliser un véhicule, se repérer dans l'espace, etc.

La vie sociale et les relations avec les autres (précisez)

Exemples : avoir des activités sportives, s'occuper de sa famille, avoir des loisirs, partir en vacances, etc.

La communication (précisez)

Exemples : parler, s'exprimer, se faire comprendre, voir, entendre, etc.

Le comportement et la sécurité (précisez)

Exemples : maîtriser son comportement, faire face à l'imprévu, assurer sa sécurité, etc.

 Si vous n'avez pas assez de place, vous pouvez compléter cette partie sur papier libre à joindre au dossier.

## 5.2 Aides déjà mises en place

### Aides techniques, matériels ou équipements :

 Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Aides techniques, précisez  
(Exemples : barre d'appui, déambulateur, etc.)

- Aménagements du logement ou du véhicule, précisez

- Autres, précisez

### Aide animalière :

- Si oui, précisez :


### Aide humaine :

 Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Famille ou proche
- Aide à domicile
- Soins à domicile
- Accompagnement médico-social (service d'accompagnement à la vie sociale – SAVS ou service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé - SAMSAH)
- Autre intervention, précisez :

 Si la personne est aidée par un proche, ce proche peut exprimer ses propres besoins dans la partie 7.

### Les frais liés aux besoins de la personne

 Pour chaque type de frais, indiquez le montant total dépensé (facture), le montant restant à votre charge et le montant prévu lorsqu'il s'agit de devis.

 Les raisons et la fréquence de la dépense peuvent être précisées dans le tableau ci-dessous ou sur papier libre à joindre au dossier.

| Type de frais | Fréquence de la dépense | Montant total dépensé | Montant restant à votre charge | Précisions |
|---------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|------------|
|               |                         |                       |                                |            |
|               |                         |                       |                                |            |
|               |                         |                       |                                |            |

### 5.3 Besoins pour la vie quotidienne

 Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Une aide financière pour assurer un revenu minimum                     | <input type="checkbox"/> Un accompagnement pour la vie sociale  |
| <input type="checkbox"/> Une aide humaine à domicile  | <input type="checkbox"/> Un accompagnement pour maintenir et développer l'autonomie dans la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer  | <input type="checkbox"/> Un accompagnement par un établissement ou un service médico-social                 |
| <input type="checkbox"/> Des équipements ou aménagements du domicile ou du véhicule             | <input type="checkbox"/> Une aide animalière  |
| <input type="checkbox"/> Un soutien pour s'occuper de ses enfants                               |   |
| <input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées aux besoins de la personne |   |

Un établissement ou un service d'accompagnement a-t-il déjà été identifié pour accompagner au quotidien ?

Oui  Non

Si oui, lequel

Un contact a-t-il été pris avec cet établissement ou service ?

Oui  Non


### Quelles sont les aides souhaitées pour répondre aux besoins décrits ci-dessus ?

 Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Carte Mobilité Inclusion (CMI)** – Mention priorité, mention invalidité, mention stationnement
- Allocation aux adultes handicapés (AAH)** – À partir de 20 ans. Pour les plus de 16 ans, l'AAH peut être accordée sous certaines conditions et n'est pas cumulable avec l'AAEH.
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments**
- Orientation médico-sociale (Exemples: accueil de jour, accueil temporaire, accueil en foyer de vie, etc.)**  
Pour les plus de 20 ans.
- Maintien en établissement ou service médico-social (ESMS) pour enfants («Amendement Creton»).**  
Pour les plus de 20 ans.
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH)**
- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP)**

 Pour des informations sur les aides, consultez la notice.

## 6 Expression libre


 Cette partie vient compléter ce qui a été rempli dans le dossier. Elle permet d'en dire plus et de donner des exemples. Les professionnels de la MDPH vont utiliser ces informations pour mieux comprendre les difficultés rencontrées, les besoins, les souhaits et les attentes de la personne concernée par le dossier.


### Comment remplir cette partie ?

Expliquez, ci-dessous, avec vos propres mots, la situation actuelle de la personne concernée par le dossier et celle de son entourage.

Par exemple, décrivez :

- Ce que vit la personne concernée,
- Les conséquences concrètes du handicap à la maison, au travail, à l'école, sur la vie sociale (amis, loisirs, sorties, etc.),
- Une journée type avec les aides nécessaires, emploi du temps de la semaine pour les enfants.
- L'impact sur l'entourage de la personne (parents, frères, sœurs, conjoint, etc.),
- Les changements concrets qui pourraient être utiles ou les aides nécessaires (ex. aller en ULIS, avoir un AESH, avoir un chien guide, etc.),
- Les objectifs, le projet de vie de la personne (ex. passer un diplôme, faire du sport, etc.)


 Si vous n'avez pas assez de place ci-dessous, vous pouvez compléter cette partie sur papier libre à joindre au dossier. Vous pouvez joindre tout autre document qui pourrait aider la MDPH à comprendre la situation (ex : bilans médicaux, comptes-rendus d'entretiens avec un(e) assistant(e) social(e), etc.)

 Expression libre

## 7 Situation et besoins de l'aidant

 Cette partie est facultative. Elle s'adresse à l'aidant de la personne concernée par le dossier.

Un aidant est une personne de l'entourage qui aide la personne au quotidien.

 Si un autre aidant souhaite exprimer ses besoins, il peut remplir le feuillet supplémentaire présent dans la notice et le joindre au dossier.

### 7.1 Identité de l'aidant

Nom

Prénom(s)

Date de naissance (Exemple: 30/10/1981)

 /  / 

Lien avec la personne aidée

Vivez-vous avec la personne aidée ?

Oui, depuis le

 /  / 

Non

### 7.2 Nature de l'aide apportée par l'aidant

 Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Aide à la vie quotidienne (ex : faire les courses, etc.)
- Aide aux soins personnels (ex: aide à la toilette, etc.)
- Aide à la gestion administrative et financière
- Autres, précisez
- Accompagnement aux déplacements extérieurs

#### Soutien dont vous bénéficiez

Êtes-vous soutenu dans votre rôle par des proches ou par des professionnels ?

Oui, précisez

Non

Si vous avez un empêchement, une solution de remplacement existe-t-elle ?

Oui, précisez

Non

### 7.3 Besoins en tant qu'aidant

- Être conseillé pour mieux faire face au handicap de votre proche
- Avoir plus d'informations sur les dispositifs et aides existants en tant qu'aidant
- Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse
- Obtenir une contrepartie financière
- Être remplacé en tant qu'aidant de façon ponctuelle (en cas d'imprévu ou en cas d'événements programmés)
- Être remplacé de façon régulière pour vous permettre de vous reposer ou en cas de problèmes de santé
- Bénéficier d'un soutien psychologique
- Sortir de votre isolement
- Mieux concilier vie professionnelle et rôle d'aidant
- Autre, précisez

Avez-vous déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes ?

Oui

Non

Si oui, précisez

 Si vous avez d'autres renseignements à communiquer, vous pouvez compléter cette partie sur papier libre à joindre au dossier.

## 8 Documents à joindre au dossier

 Cochez les cases des documents liés à la situation de la personne concernée et joignez les au dossier.

### 8.1 Les documents obligatoires pour ouvrir le dossier

 Joignez les documents suivants selon la situation de la personne concernée par le dossier.

Exemple : si la personne concernée a moins de 18 ans, il faut joindre la photocopie de sa pièce d'identité et aussi celles de ses parents ou autres représentants légaux.

Ces documents sont indispensables pour ouvrir le dossier.

S'ils ne sont pas joints, votre dossier ne pourra pas être étudié (il sera irrecevable).

#### + de 18 ans (majeur)

##### Dossier médical :

Certificat médical de moins d'un an (formulaire CERFA n°15695\*01).

##### Papiers d'identité :

Photocopie de la pièce d'identité en cours de validité. Exemple : Carte nationale d'identité (recto-verso), passeport, titre de séjour, etc.

##### Représentant légal si la personne concernée est sous mesure de protection :

Photocopie du jugement relatif à la mesure de protection. Exemple : tutelle, sauvegarde de justice, etc.

#### - de 18 ans (mineur)

##### Dossier médical :

Certificat médical de moins d'un an (formulaire CERFA n°15695\*01).

##### Papiers d'identité :

Photocopie de la pièce d'identité en cours de validité du **mineur**. Exemple : Carte nationale d'identité (recto-verso), passeport, titre de séjour, etc.

Photocopie de la pièce d'identité en cours de validité **du ou des parents titulaires de l'autorité parentale ou autres représentants légaux**. Exemple : Carte nationale d'identité (recto-verso), passeport, titre de séjour, etc.

##### Autorité parentale ou représentant légal si les parents sont séparés ou le mineur est sous tutelle :

Pour les enfants mineurs **dont les parents sont séparés** : Extrait du jugement précisant les modalités d'exercice de l'autorité parentale ou attestation des modalités de l'exercice de l'autorité parentale.

Pour les **mineurs sous tutelle** : Photocopie du jugement de la tutelle.

## 8.2 Les documents nécessaires pour évaluer le dossier

 Joignez les documents listés en dessous en fonction des parties du dossier que vous avez remplies.

Ces documents permettent à la MDPH d'évaluer la situation et de proposer des solutions adaptées aux besoins. Envoyer un dossier complet accélère le traitement par la MDPH. S'ils ne sont pas joints, votre demande pourrait être rejetée.

### Informations générales (Partie 2 du dossier)

- Si la personne a **des enfants** : Photocopie du livret de famille ou sur papier libre les noms, prénoms et dates de naissance des enfants à charge.
- Si la personne est en **invalidité** : Photocopie du justificatif d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente maladie professionnelle ou accident du travail.
- Pour les personnes **mineures dont le ou les parents ont réduit leur activité professionnelle** : Justificatif de la réduction de l'activité professionnelle du ou des parents.

### Pour les demandes qui concernent la vie professionnelle (Partie 3 du dossier)

- Dans tous les cas** : CV (Curriculum vitae) ou le feuillet présent dans la notice.
- Si la personne a un emploi** : Photocopie de la dernière fiche d'aptitude du service de santé au travail (médecine du travail).
- Si la personne a eu un accompagnement d'insertion professionnelle** : Photocopie du bilan des accompagnements réalisés (exemples : bilan de compétences, MOP, etc.)

### Pour les demandes qui concernent la vie scolaire et étudiante (Partie 4 du dossier)

- Si c'est une première demande** : Photocopie du « GEVA-sco 1<sup>ère</sup> demande » s'il a été complété par l'établissement.
- Si c'est un **renouvellement ou un réexamen** du parcours scolaire : photocopie du « GEVA-sco réexamen ».
- Si la personne bénéficie **d'adaptations dans son établissement** : Photocopie des bilans PAP, PAI, PPRE, PAS, sauf si vous avez donné le numéro de Livret Parcours Inclusif (LPI).

### Pour les demandes qui concernent la vie quotidienne (Partie 5 du dossier)

- Si la personne a des **frais liés à ses besoins** : Photocopie des devis et factures des dépenses liées à la situation de handicap (exemples : équipements, frais de transport, matériel à usage unique, etc.)
- Si la personne bénéficie **d'accompagnement** : Photocopie du ou des bilans d'accompagnement (professionnels paramédicaux, établissement ou service médico-sociaux).
- En cas de **frais paramédicaux non pris en charge par l'Assurance maladie** (ergothérapie, psychomotricité, etc.) : Photocopie des justificatifs des frais (exemple : factures).

 Si vous avez écrit des explications complémentaires sur papier libre, n'oubliez pas de les joindre au dossier.

- Détail des difficultés liées aux activités de la vie quotidienne
- Expression libre
- Besoins de prises en charge des frais liés au handicap
- Situation et besoins de l'aidant
- Questionnaire complémentaire « maladie ou handicap rare »
- Questionnaire complémentaire « altérations des fonctions mentales, cognitives, psychiques, dont les troubles neurodéveloppementaux »
- Autre, précisez :

### Autorisation de partage des informations avec d'autres professionnels

La MDPH pourra échanger avec les professionnels qui accompagnent la personne (établissements et services médico-sociaux, etc.) pour mieux connaître sa situation et ses besoins.

**Acceptez-vous le partage des informations avec les professionnels ?**

J'accepte le partage  Je n'accepte pas le partage

### Procédure simplifiée

**Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?**

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est la commission qui prend les décisions sur les aides liées au handicap. Cette commission peut organiser un traitement simplifié sur certains dossiers. Il s'agit de dossiers relatifs à :

- La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- Les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence
- La reconnaissance de la nécessité de bénéficier à domicile de l'assistance ou de la présence de l'aidant familial qui demande l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse.

**La personne concernée ou son représentant légal autorise-t-il cette procédure simplifiée ?**  Oui  Non  
Si oui, la personne concernée ou son représentant légal ne pourront pas demander à être reçus par la CDAPH.

## 9 Signature

**⚠ Si la personne concernée a plus de 18 ans (majeur), elle signe.**

**Si la personne concernée est un majeur sous tutelle, le représentant légal signe.**

**Si la personne concernée est mineure, les 2 parents ou représentants légaux signent** sauf si un seul parent a l'autorité parentale (ex : un seul parent a reconnu l'enfant, déchéance de l'autorité parentale ou décès d'un parent).

Dossier renseigné par :  la personne concernée  le ou les représentant(s) légal(aux)

J'atteste que toutes les informations déclarées dans ce dossier sont exactes et complètes.

Je m'engage à répondre aux demandes d'informations complémentaires qui seraient nécessaires à la MDPH pour évaluer la situation de la personne concernée par le dossier.

Signataire 1

Date

 /  /    


Signataire 2: Pour les mineurs, signature du 2<sup>ème</sup> parent

Date

 /  /

### Informations légales

La MDPH utilise les données personnelles pour traiter la demande et communiquer avec la personne concernée.

-  Il est possible de consulter, modifier ou supprimer les données.  
Pour cela, contacter le délégué à la protection des données de la MDPH du département où vit la personne.
- En cas de non respect des droits informatique et libertés, une plainte peut être adressée à la Commission nationale informatique et libertés (Cnil):
  - En ligne [www.cnil.fr/fr/adresser-une-plainte](http://www.cnil.fr/fr/adresser-une-plainte)
  - Par voie postale : **Commission nationale de l'informatique et des libertés, Service des plaintes 3, place de Fontenoy, TSA 80715 , 75334 Paris CEDEX 07**

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

### Oups, j'ai fait une erreur en remplissant le dossier MDPH, que faire ?

#### 1. Qu'est-ce que le droit à l'erreur ?

Le droit à l'erreur permet de ne pas être sanctionné si l'on se trompe pour la première fois et que cette erreur est involontaire.

#### 2. Que faire en cas d'erreur ?

Contactez la MDPH le plus vite possible pour signaler l'erreur.

#### 3. Quel est l'impact de cette erreur sur les droits ?

L'administration va corriger l'erreur et réévaluer les droits. Si la MDPH démontre que cette erreur a été commise de manière intentionnelle, une sanction peut être appliquée dans les conditions prévues par la loi.

Pour plus d'informations: consulter le site [services publics +](https://www.service-public.fr) pour obtenir des conseils et éviter de futures erreurs.

Ce dossier de demande est expérimental. Il doit être déposé avant **le 14 juin 2026**.  
Il peut être utilisé seulement auprès des MDPH de l'Aveyron (12), de Corse (20),  
de l'Indre (36), du Nord (59) et de Guyane (973).

## Dossier de demande à la MDPH Renouvellement des droits à l'identique

Ce document est émis par le Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.  
La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.

### À quoi sert le dossier ?

Ce dossier permet de demander le renouvellement à l'identique des droits MDPH qui arrivent prochainement à échéance.

**Ce dossier doit être utilisé uniquement si la situation de la personne concernée n'a pas changé.**

Cela signifie que, depuis que les droits ou les aides ont été ouverts :

- La situation médicale n'a pas évolué,
- **Les besoins n'ont pas changé depuis que les aides ont été ouvertes.**

Il est obligatoire de joindre tous les documents justificatifs demandés à la fin du dossier.

Le renouvellement n'est pas automatique. L'équipe de la MDPH va de nouveau évaluer la situation pour savoir si le droit ou l'aide peut être renouvelé ou non.

### Comment obtenir de l'aide pour remplir le dossier ?

- Contacter la MDPH ou aller sur le site internet de la MDPH du département où vit la personne.
- Consulter le site internet : [monparcourshandicap.gouv.fr/aides](https://monparcourshandicap.gouv.fr/aides)



## 1 Personne concernée par le dossier

**i** La personne concernée est la personne pour qui le dossier est déposé. Exemples :

- Si vous déposez le dossier pour vous-même, vous êtes la personne concernée par le dossier.
  - Si vous déposez le dossier pour votre enfant, c'est l'enfant qui est la personne concernée par le dossier.
- Veillez écrire en majuscule.

### 1.1 Identité

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom(s)

Date de naissance (Exemple: 30/10/1983)

Numéro de Sécurité Sociale

## 1.2 Adresse et contact de la personne concernée

**⚠** Cette partie est à remplir uniquement si l'adresse ou les coordonnées de contact de la personne concernée ont changé depuis le précédent dossier.

Adresse (numéro et voie)

Complément d'adresse (bâtiment, immeuble, escalier)

Précisions : nom d'un établissement, chez Monsieur X, etc.

Code postal

Commune

Pays

Adresse e-mail

Numéro de téléphone

## 2 Renouvellement à l'identique

- J'estime que la situation n'a pas changé (situation médicale, besoins, situation administrative).
- La situation administrative a changé, mais n'a pas d'impact sur les besoins. Précisez ce changement (mariage, enfant, changement d'emploi, placement sous tutelle, évolution des ressources, etc.) :

Je demande le renouvellement à l'identique des droits ou aides suivants qui arrivent à échéance :

**⚠** La MDPH étudiera le renouvellement de toutes les aides qui arrivent à échéance.

**i** Pour évaluer la situation, l'équipe de la MDPH va utiliser :

- le certificat médical récent (moins d'un an) (CERFA n°15695\*01)
- les informations et documents justificatifs déposés dans le précédent dossier qui a permis d'obtenir l'aide en cours,
- éventuellement, des informations complémentaires qu'elle pourrait vous demander après réception de ce dossier.

### Autorisation de partage des informations avec d'autres professionnels

La MDPH pourra échanger avec les professionnels qui accompagnent la personne (établissements et services médico-sociaux, etc.) pour mieux connaître sa situation et ses besoins.

**Acceptez-vous le partage des informations avec les professionnels ?**

J'accepte le partage

Je n'accepte pas le partage

### 3 Signature

⚠ Si la personne concernée a plus de 18 ans (majeur), elle signe.

Si la personne concernée est un majeur sous tutelle, le représentant légal signe.

Si la personne concernée est mineure, **les 2 parents ou représentants légaux signent** sauf si un seul parent a l'autorité parentale (ex : un seul parent a reconnu l'enfant, déchéance de l'autorité parentale ou décès d'un parent).

Dossier renseigné par :  la personne concernée  le ou les représentant(s) légal(aux)

J'atteste que toutes les informations déclarées dans ce dossier sont exactes et complètes.

Je m'engage à répondre aux demandes d'informations complémentaires qui seraient nécessaires à la MDPH pour évaluer la situation de la personne concernée par le dossier.

Signataire 1

Signataire 2 : Pour les mineurs, signature du 2<sup>ème</sup> parent

Date

 /  / 

Date

 /  / 


### 4 Documents à joindre au dossier

#### Documents justificatifs

- Dans tous les cas** : l'original d'un certificat médical de moins de 12 mois (CERFA n°15695\*01).
- Si la carte d'identité de la personne concernée a changé** depuis le dernier dossier (exemple : carte périmée) : une photocopie lisible de la nouvelle pièce d'identité. Par exemple : recto-verso de la carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour, etc.
- Si la personne concernée est un enfant scolarisé** : N° Livret Parcours Inclusif (LPI) ou photocopie du « GEVA-sco réexamen ».

### Informations légales

La MDPH utilise les données personnelles pour traiter la demande et communiquer avec la personne concernée.

 Il est possible de consulter, modifier ou supprimer les données.  
Pour cela, contacter le délégué à la protection des données de la MDPH du département où vit la personne.

- En cas de non respect des droits informatique et libertés, une plainte peut être adressée à la Commission nationale informatique et libertés (Cnil):
- En ligne [www.cnil.fr/fr/adresser-une-plainte](http://www.cnil.fr/fr/adresser-une-plainte)
  - Par voie postale: **Commission nationale de l'informatique et des libertés, Service des plaintes 3, place de Fontenoy, TSA 80715 , 75334 Paris CEDEX 07**

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

### Oups, j'ai fait une erreur en remplissant le dossier MDPH, que faire ?

#### 1. Qu'est-ce que le droit à l'erreur ?

Le droit à l'erreur permet de ne pas être sanctionné si l'on se trompe pour la première fois et que cette erreur est involontaire.

#### 2. Que faire en cas d'erreur ?

Contactez la MDPH le plus vite possible pour signaler l'erreur.

#### 3. Quel est l'impact de cette erreur sur les droits ?

L'administration va corriger l'erreur et réévaluer les droits. Si la MDPH démontre que cette erreur a été commise de manière intentionnelle, une sanction peut être appliquée dans les conditions prévues par la loi.

Pour plus d'informations: consulter le site [services publics +](#) pour obtenir des conseils et éviter de futures erreurs.