

**Demande simplifiée de révision
D'une décision d'Orientation d'un SESSAD Spécialisé (Niveau 2)
Vers un SESSAD généraliste (Niveau 1)**

Cette demande est à adresser au secrétariat du service Evaluation Médico-Sociale à l'adresse suivante ems.enfant@isere.fr

Remarque : Ce formulaire ne peut être utilisé que si la décision à réviser a été prise par la CDAPH de l'Isère.

N° de Classothèque ou N° Individu	
NOM et Prénom	
Date de Naissance	
Adresse de résidence	
Coordonnées des représentants légaux	
Coordonnées du SESSAD demandant la révision	
Besoins de l'enfant si connus	
Coordonnées du SESSAD demandant la révision	
Items à cocher	<input type="checkbox"/> Demande d'un autre SESSAD <input type="checkbox"/> Avec l'appui de l'Equipe Ressource Autisme <input type="checkbox"/> Avec l'appui du Dispositif DYS

Rappel : les décisions d'orientation prendront effet à compter de la date de la CDAPH qui suit cette demande

Fait àle.....	Fait à le
Le(s) représentant(s) légal (aux) de l'enfant	Le directeur / Chef(fe) de Service