

## DEMANDE DE DUPLICATA DE CARTE

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

**MDPH78 – TSA 60100 – 78539 BUC CEDEX**

### Demande de duplicata de :

Carte d'invalidité                       Carte de priorité                       Carte européenne de stationnement

Accord du ..... au .....

### Motif de la demande de duplicata : (champ obligatoire)

Perte                       Usure                       Vol                       Autre (à préciser) :

### Identification du demandeur :

N° Dossier MDPH :.....

Madame    Monsieur

Nom de naissance : .....

Nom d'épouse : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal :..... Commune :.....

### **Pièce à joindre à la présente demande remplie, datée et signée :**

En cas de changement d'adresse joindre un justificatif de domicile

*Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toute modification de situation qui pourrait intervenir.*

Fait à ..... Le .....

Signature (du demandeur ou de son représentant légal)