

**Objet : Autorisation de communication certificat médical à mon médecin**

Moi, Madame, Monsieur .....

Né(e) le : .....

J'autorise la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du Finistère, à adresser mon dernier certificat médical au Docteur :

- Prénom et nom du Docteur : .....
- Adresse du Docteur : .....

La date : .....

Ma signature : .....

Nb : Une copie de la carte d'identité est à joindre à ce document avant envoi à la MDPH par courrier ou courriel ([contact@mdph29.fr](mailto:contact@mdph29.fr)).