



Direction de l'Autonomie des personnes

Service Evaluation et Accompagnement

Secrétariat médical

04.66.05.40.05

**Formulaire à retourner à**

**Secrétariat Médical – MDPH**

**3 rue Guillemette**

**30044 Nîmes Cedex 9**

**SecretariatmedicalMDPH@gard.fr**

**DEMANDE DE DEROGATION D'AGE  
POUR ADMISSION EN EHPAD ou USLD**

**Renseignements concernant la personne**

**Demande concernant une entrée en EHPAD**  **en USLD**

**Nom** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Prénom** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Adresse** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Lieu de vie actuel** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Mesure de Protection** Choisissez un élément. **Nom du tuteur** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom et coordonnées de l'assistante sociale qui accompagne la demande de dérogation :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Renseignements médicaux**

**Antécédents médicaux et chirurgicaux**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Séjours précédents en établissement**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Situation de la personne** (*tous les éléments permettant de connaître et d'apprécier la situation*)  
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Argumentaire concernant la demande** (*Éléments motivant la demande*)  
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Etablissement envisagé** Choisissez un élément. **Si oui lequel** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  
**Rapport médical établi par** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Date** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Nom et cachet du médecin

**Accord de l'intéressé ou de son représentant**

Nom et signature