[Prénom][NOM]
[Adresse1]
[Code Postal] [VILLE]
Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal] [VILLE]
Paris, le 09/11/2026

Objet : Demande d'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) , né(e) le [Date de naissance], demeurant au [Votre Adresse], sollicite par la présente l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et vous adresse à cet effet le dossier complet correspondant à ma demande, déposé auprès de la MDPH de [Département].

Mon état de santé entraîne une incapacité durable qui limite fortement mon accès à l'emploi et restreint sérieusement mes ressources. Cette situation, qui pèse sur ma vie quotidienne comme sur ma capacité à travailler, est attestée par le certificat médical établi le [Date] par le docteur [Nom du médecin], que vous trouverez parmi les pièces jointes à ma demande.

Vous trouverez ci-joint l'ensemble des documents nécessaires à l'instruction de mon dossier : le formulaire de demande dûment complété, le certificat médical récent, ainsi que mes justificatifs d'identité, de domicile et de ressources. Le cas échéant, le taux d'incapacité déjà reconnu s'élève à [Taux d'incapacité] %.

Je vous serais reconnaissant(e) de bien vouloir examiner ma situation avec attention et de transmettre mon dossier à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, à qui il revient d'apprécier mon droit à cette allocation. Je me tiens à votre entière disposition pour fournir tout renseignement complémentaire ou me présenter à tout examen que la commission jugerait utile afin d'évaluer mes droits.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande et vous prie de bien vouloir m'informer, par écrit, de la décision rendue ainsi que des voies de recours qui me seraient ouvertes en cas de désaccord.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature