

Demande de communication d'un Dossier Médical par le **représentant légal d'un mineur**

Demande à renvoyer par lettre simple à Monsieur le Directeur
du Centre Hospitalier d'Avallon 89200

Identité de l'enfant (joindre impérativement une copie du livret de famille et éventuellement des décisions de justices relatives à l'exercice de l'autorité parentale)

Nom et prénom : _____

Date et lieu de naissance : ___ / ___ / ___ à : _____

Nom et prénom du père : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Identité du représentant légal (joindre impérativement : copie recto-verso de votre pièce d'identité, du mandat confié par décision de justice, le cas échéant et cocher la case correspondant à votre statut)

Père Mère Tuteur

Nom et prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date et lieu de naissance : ___ / ___ / ___ à : _____

Adresse : _____

_____ Téléphone : _____

Je demande concernant le mineur ci-dessus désigné : (cocher la case correspondant à votre demande)

La possibilité de consulter sur place son dossier médical

A recevoir une copie :

Du dossier médical complet

Des documents ci-après désignés extraits de son dossier médical :

Courriers (lettre de sortie, lettre de consultation)

Compte-rendu opératoire

Résultats d'examens : imagerie, EEG, biopsie, endoscopie...

Bilan biologique

Certificat

Clichés d'imagerie (radiologie, scanner, IRM ...)

Autres à préciser _____

Je demande que la copie de ces documents : (cocher la case correspondant à votre demande)

Soit tenue à ma disposition (je viendrai les retirer au Département d'Information Médicale)

Me soit adressée, à mes frais, par pli recommandé

Directement à mon adresse ci-dessus

Par l'intermédiaire du Médecin ci-après désigné :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

_____ Téléphone : _____

Date :

Signature :