

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 :