

**PERSONNE DEMANDANT LE DOSSIER MEDICAL  
D'UN PATIENT MINEUR**

**A COMPLETER :**

✧ **Identité du mineur :**

NOM et Prénom : .....

Date et Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

N°téléphone : .....

Le ou les services dans le(s)quel(s) le patient a été hospitalisé et la date des soins :

.....

.....

Nom du médecin : .....

✧ **Identité du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale :**

Votre/Vos NOM(s) et Prénom(s) : .....

Votre NOM de jeune fille le cas échéant : .....

Votre/Vos Date(s) et Lieu(x) de naissance : .....

Votre/Vos Adresse(s) : .....

.....

Votre/Vos N°téléphone : .....

Votre/Vos Lien(s) de parenté avec le patient mineur : .....

.....

**A FOURNIR :**

- ✓ La photocopie recto / verso de la carte d'identité du mineur,
- ✓ La photocopie recto / verso de votre/vos carte(s) d'identité,
- ✓ La photocopie du livret de famille.

**PRECISIONS sur la DEMANDE de DOSSIER MEDICAL :**

↳ **Précisez les pièces du dossier que vous souhaitez obtenir :**

- Comptes Rendus,
- Radiographie,
- Intégralité du dossier.

→  
TSVP

*Des frais de copies vous seront facturés au tarif de 0,20 € par photocopie, 3,20 € par contretypage de radiologie, 3,10 € par copie de CD additionnés de 5,20 € correspondants aux frais d'envoi en recommandé, le cas échéant.*

**PERSONNE DEMANDANT LE DOSSIER MEDICAL  
D'UN PATIENT MINEUR**

↳ **Précisez les modalités de transmission :**

**Consulter sur place ces documents dans le cadre d'une consultation médicale et éventuellement remise de copies.**

**Recevoir une copie du dossier médical :**

**A votre domicile** par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception  
(*Attention* : un envoi recommandé peut ne pas être remis en mains propres).

**Au Cabinet du médecin traitant** de votre choix :

- Docteur : ..... Téléphone : .....
- Adresse : .....

**Récupérer la copie du dossier médical dans le service :**

- Par vous-même
- Par une personne mandatée par vos soins :  
NOM : ..... Prénom : .....

**Dans ce cas exceptionnel, la personne désignée devra disposer d'une procuration justifiée et signée par vous et devra présenter une pièce d'identité.**

**Nous attirons votre attention sur  
le caractère personnel et confidentiel des informations  
qui seront communiquées.**

**Date :**

**Signature :**

**Merci de retourner cet imprimé à l'adresse suivante :**

L'Hôpital du Gier

A l'attention de M. le Directeur

19 rue Victor Hugo – 42400 SAINT CHAMOND

*Des frais de copies vous seront facturés au tarif de 0,20 € par photocopie, 3,20 € par contretypage de radiologie, 3,10 € par copie de CD additionnés de 5,20 € correspondants aux frais d'envoi en recommandé, le cas échéant.*