

**DEMANDE DE COMMUNICATION
DE DOCUMENTS MÉDICAUX**

Je soussigné (e) Mme - M. (NOM, Prénom) :

Date de naissance :

Domicilié (e) :

Téléphone :

Le cas échéant : père, mère, représentant légal de (NOM, Prénom du patient) :

(photocopie du jugement de tutelle ; justificatif d'attribution d'autorité parentale)

Pour les ayants droit d'une personne décédée : motif de la demande de communication du dossier médical :

Demande à obtenir communication des informations concernant ma santé selon les modalités suivantes :

Consultation sur place avec pièces d'identité, sur rendez-vous

Envoi postal au médecin (NOM, Prénom, adresse)
.....
.....

Envoi à mon domicile

Merci de joindre une photocopie de votre pièce d'identité et le cas échéant tout document attestant de votre qualité de représentant légal.

Date :

Signature :

VOTRE INTERLOCUTEUR :

Docteur PHANER
Médecin Coordonnateur
Tél. : 04 77 34 54 11

ADRESSE POSTALE :

Maison Loire Autonomie - MDPH
2 rue Charles de Gaulle
42022 SAINT-ÉTIENNE CEDEX 1