

**Je, soussigné(e), M. / Mme / Mlle** (*nom, prénom ; pour les femmes mariées, précisez le nom de naissance*)

Né(e) le ..... Tél. : .....

Courriel : .....

Adresse postal : .....

**Qualité du demandeur si le demandeur est différent du patient**

Le cas échéant : père, mère, représentant légal, mandataire, ou ayant droit de (*nom, prénom du patient*)

..... Né(e) le .....

***demande à obtenir la communication de la copie des documents suivants :***

la lettre de liaison de sortie du ..... au .....

les pièces essentielles du dossier médical (Lettre de liaison, compte rendu opératoire /Compte rendu d'accouchement, résultats des examens récents)

autres documents (précisez) .....

***etabli(s) par la Maternité Sainte Félicité***

à mon nom

au nom de .....

*(mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal, le mandataire ou l'ayant droit)*

**Selon les modalités suivantes :**

Consultation sur place à la Maternité

Remise sur place à la Maternité

Envoi postal à l'adresse du demandeur

Envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse) .....

Les frais de copie et d'envoi ne sont pas appliqués s'il s'agit d'une première demande. Dans le cas contraire les frais de copie seront facturés 16 euros TTC ou 23 euros TTC (si envoi de la copie en recommandé avec avis de réception).

***Motif de la demande*** (*à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation, pour le dossier d'un patient décédé*)

Date :

Signature :

**Pièces justificatives :**

Joindre une copie d'une pièce d'identité au nom du patient (sauf pour les mineurs) et une au nom du demandeur/représentant légal/mandataire, auxquelles d'ajouteront le cas échéant : la copie du livret de famille, la copie du jugement de tutelle, un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom.