

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL**  
**D'UN PATIENT MINEUR** *au moment de la demande*

**Dans le cadre de la demande d'accès au dossier médical d'un mineur, le(s) demandeur(s) s'engage(nt) à être titulaire(s) de l'autorité parentale. En l'absence d'un des deux représentants, le représentant légal signataire s'engage à avoir consulté l'autre représentant et avoir recueilli son accord. Cette seule signature vaut pour autorisation pour les deux.**

**IDENTITE DU PATIENT**

Nom : ..... Prénom(s) : .....  
Date de naissance : ...../...../.....

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Lien de filiation : .....	Lien de filiation : .....

**NATURE DE LA DEMANDE**

Dossier complet :   
Dossier partiel :   
Correspondant à une date d'hospitalisation :  A préciser : .....  
Comptes-rendus d'hospitalisation :   
Autres :  A préciser : .....

**MOTIF DE LA DEMANDE SI PATIENT DECEDE**

Connaitre les causes du décès :   
Défendre la mémoire du défunt :   
Faire valoir ses droits :

***Seuls vous seront communiqués les éléments du dossier patient vous permettant de répondre au(x) motif(s) invoqué(s) ci-dessus.***

**MODALITES DE COMMUNICATION**

Sur place   
Envoi postal à l'adresse indiquée ci-dessus :   
Envoi postal au professionnel de santé désigné ci-après :   
Identité et adresse : .....

**PIECES JUSTIFICATIVES**

**Fournir impérativement \*** : justificatif d'identité du ou des demandeur(s) (carte d'identité recto-verso ou passeport) + copie du livret de famille

**Cas particuliers :**

- **Mineur pupille de la Nation** : arrêté d'admission en qualité de pupille de la nation / décision de délégation de la tutelle à un représentant + pièce d'identité du tuteur
- **Patient décédé – justificatif de la qualité d'ayant droit** : livret de famille, acte de notoriété ou certificat d'hérédité, pièce d'identité du demandeur

Demande faite le : ...../...../..... à : .....

Signature représentant légal 1 :	Signature représentant légal 2 :

\* Toute demande incomplète ne sera pas traitée.

**A adresser ou à déposer à : La Direction de l'Hôpital d'Enfants**  
60 Rue Bertin – CS 81010 – 97404 SAINT DENIS Cedex  
Tel:0262 90 87 48 - Fax: 0262 93 89 58

