

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

