

NOM Prénom
Adresse postale

Nom du médecin ou du professionnel de
santé
Adresse postale

**Par courrier recommandé avec accusé
de réception**

Objet : Demande de communication de mon dossier médical

Date et lieu,

Docteur ou Madame, Monsieur

Mon fils/ Ma fille / nom du majeur protégé a été chargé dans votre cabinet en date du jusqu'au

En application de l'article L1111-7 du Code de la Santé publique, je demande que me soit communiqué, l'intégralité de mon dossier médical.

Je souhaite que (au choix)

- les documents demandés soient expédiés à mon domicile
- ou
- me soit mis à disposition pour que je vienne les récupérer.

(NB : la loi vous laisse également la possibilité de consulter sur place le dossier mais il faut avoir les pièces en sa possession pour les communiquer à l'Expert ou au Tribunal).

Conformément à l'article L1111-7 alinéa 7 du Code de la Santé publique, j'accepte de prendre en charge les frais de reproduction et d'expédition de mon dossier (préciser expédition que si vous avez opté pour un envoi du dossier à votre domicile) Je vous adresserai le règlement dès réception de votre facture.

Vous trouverez ci-joint une photocopie de ma pièce d'identité accompagnée du livret de famille ou du jugement de tutelle / curatelle.

Dans cette attente, veuillez agréer, Cher Docteur ou Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Signature