



## DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PAR UN AYANT DROIT

Articles L 1111-7 et 1112-1 du Code de Santé Publique

### IDENTITÉ DE L'AYANT DROIT

Nom :  
Nom de jeune fille (si différent) :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Mail :  
Téléphone :

### IDENTITÉ DE LA PERSONNE POUR QUI VOUS RÉALISEZ LA DEMANDE

Nom :  
Nom de jeune fille (si différent) :  
Prénom :  
Date de naissance :

### MOTIF DE LA DEMANDE

Faire valoir ses droits  
 Défendre la mémoire du défunt  
 Connaître les causes du décès  
Motivation de votre demande (obligatoire) :

### MODALITÉS DE COMMUNICATION

Consultation sur place  
 Envoi des reproductions à votre adresse  
 Envoi du dossier à un médecin (précisez les coordonnées : NOM / Adresse...)  
 Remise du dossier en main propre

### PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Copie d'une pièce nationale d'identité  
 Justificatif de filiation (si un élément est manquant la demande ne sera pas traitée)  
 Certificat de décès de la personne

**Je suis informé(e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans ce dossier médical  
et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.**

Fait à :  
Le :  
Signature :

**Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :  
MT71 – 15 rue Gabriel Lippmann – 71100 CHALON-SUR-SAONE**