



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**