



# CENTRE HOSPITALIER DE BRIOUDE

2, Rue Michel de l'Hospital – BP 140 – 43100 BRIOUDE

Service Relations Usagers

☎ 04.71.50.51.89 ✉ direction@ch-brioude.fr

## DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE (POUR UN MINEUR)

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, Mademoiselle, (Identité du parent qui fait la demande)

**NOM :** ..... **NOM DE JEUNE FILLE :** .....

**Prénom :** .....

**Date de Naissance :** ...../...../..... **Lien de Parenté :** .....

**Adresse :** .....

**Numéro de Téléphone :** .....

Souhaite les éléments du dossier médical de :

**NOM DE L'ENFANT :** .....

**Prénom :** .....

**Date de Naissance :** ...../...../.....

**PIECE A JOINDRE IMPERATIVEMENT :**

→ Photocopie de votre carte d'identité

→ Photocopie du livret de famille

**Séjour(s) concerné(s) :**

**Dates d'hospitalisation(s) :** .....

**Service(s) d'hospitalisation :** .....

**Médecin (s) m'ayant pris en charge :** .....

**Modalités de communication souhaitée :**

Envoi postal des pièces du dossier à votre domicile en courrier recommandé avec AR

Retrait des pièces du dossier auprès du Secrétariat de Direction

Consultation du dossier sur place (avec accompagnement possible)

*Si le mode de communication du dossier n'est pas indiqué, les photocopies du dossier médical vous seront adressées à votre domicile.*

Lu et approuvé,

A ..... Le .....

Signature du parent