



**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS
MEDICAUX
PATIENTS MINEURS**

Code : 10FRM0397

Version : A

Application : 23/02/2010

Page 1/1

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
40 avenue de Verdun 94010 Créteil cedex

Destinataire :

en cours d'hospitalisation, le médecin Chef du service concerné,
après l'hospitalisation, le Directeur de l'hôpital.

Je soussigné(e), M. / Mme / Mlle (nom, prénom; pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille)

.....

Né(e) le tél :

Domicilié(e)

.....

Agissant en qualité de père, mère, représentant légal de l'enfant

(nom, prénom du patient)

Né(e) le

Demande à obtenir communication des documents suivants concernant mon enfant :

le compte rendu de l'hospitalisation du : au

dans le service :

les pièces essentielles de son dossier médical

autres documents

établi(s) par l'hôpital

Selon les modalités suivantes

remise sur place à l'hôpital

(prendre rendez-vous avec le service en précisant si vous souhaitez la présence d'un médecin en particulier)

envoi postal à M., Mme, Mlle (nom, prénom, adresse)

envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse)

.....

Date :

Signature.....

➤ **Pour un envoi postal, merci de joindre une photocopie de votre pièce d'identité et de tout document attestant de votre qualité de représentant légal.**

➤ Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation pour des documents comportant plus de 10 feuillets.

Cochez la case correspondante