

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN MINEUR OU D'UN MAJEUR PROTEGE

- Modalités de communication et tarifs 2026 -

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille :
 Né(e) le : À :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone :

demande l'accès au dossier médical de :

Nom : Prénom :
 Né(e) le :
 Hospitalisé(e) dans le(s) service(s) :

en qualité de:

- ☐ titulaire de l'autorité parentale (*joindre une copie recto verso d'une pièce d'identité et d'un justificatif de la qualité de titulaire de l'autorité parentale (livret de famille, acte de naissance, jugement de divorce...)*)
- ☐ représentant légal (*joindre une copie recto verso d'une pièce d'identité et de la décision de mise sous tutelle*)

Mode de consultation choisi : (case à cocher)

- ☐ la consultation des documents dans le service en présence d'un médecin
- ☐ la consultation des documents dans le service sans accompagnement
- ☐ l'envoi d'une copie des documents à mon adresse personnelle

Je suis informé(e) que :

- les copies ordinaires sont facturées à la page soit, 0,18 €
- les copies sur papier 160g sont facturées à la page soit, 0,20 €
- les copies de clichés radiologiques sont réalisées soit sur papier 160g soit sur CD : 2,75 €

L'envoi est réalisé en lettre recommandée avec accusé de réception et facturé :

Recommandé	R1 (indemnisation 16 €)
Jusqu'à 20 g	5,37 €
20 à 50 g	5,97 €
50 à 100 g	6,81 €
100 à 250 g	8,29 €
250 à 500 g	9,68 €
500 g à 1kg	11,24 €
1kg à 2kg	13,21 €

Je suis également informé(e) du caractère strictement personnel des informations qui me seront données et des précautions que je dois prendre vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banque, assurances...) qui seraient susceptibles de les utiliser à mon détriment.

Fait à _____, le _____

Signature :