

**FICHE DE RENSEIGNEMENT DEVANT ACCOMPAGNER VOTRE DEMANDE  
MANUSCRITE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**Ce que vous demandez**

- un certificat d'hospitalisation pour la période du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_
- un compte rendu d'hospitalisation pour la période du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_
- l'intégralité de votre dossier médical (cocher la case ci-contre)
- certains éléments du dossier que vous voudrez bien préciser ci-dessous :

**Votre identité et votre adresse (adresse de l'envoi des documents contre remboursement)**

NOM :	<input type="text"/>	Prénoms :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>
(pour les femmes mariées)		Sexe :	<input type="text"/>
N°, Voie, bâtiment :	<input type="text"/>		
Lieu-dit :	<input type="text"/>		
Code Postal :	<input type="text"/>	Commune :	<input type="text"/>

**Si vous demandez des informations de santé pour une autre personne que vous-même, indiquez ci-dessous l'identité de cette personne.**

NOM :	<input type="text"/>	Prénoms :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>
(pour les femmes mariées)		Sexe :	<input type="text"/>
		(F ou M)	

**Si vous demandez l'envoi des documents à votre médecin traitant, précisez ci-dessous le nom et l'adresse du médecin à laquelle nous devons envoyer les documents.**

**N'UTILISEZ CES CASES QUE POUR L'ENVOI D'UN DOSSIER A VOTRE MEDECIN.**

NOM :	<input type="text"/>	Prénoms :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>
(pour les femmes mariées)		Sexe :	<input type="text"/>
		(F ou M)	

**Date de la demande**

**Signature**