*Nom Prénom*

*Né(e) le … à …*

*N° Sécurité sociale :*

*Adresse*

*Code postal Ville*

*Identité de l’organisme destinataire*

*Son adresse*

*Code postal Ville*

*Fait à … le …*

**Lettre recommandée avec avis de réception**

Objet : demande de communication de dossier médical

Madame, Monsieur,

J’ai l’avantage de venir vers vous en qualité de représentant légal (pour les parents) / d’ayant droit (lorsque le patient est décédé) de : … (identité du mineur ou de la personne décédée).

Par application de l’article L 1111-7 du Code de la Santé Publique (issu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades), je vous remercie de bien vouloir me faire parvenir, à mon adresse personnelle ci-dessus mentionnée, dans le délai de 8 jours au plus tard suivant la réception de la présente (conformément aux délais légaux), l’intégralité du dossier médical de … (identité du patient), relatif à son/ses hospitalisation(s) du xxxx au sein de votre établissement.

*[NB : le délai de 8 jours est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans]*

Si le dossier médical est celui d’un patient décédé majeur, ajouter :

La transmission de son dossier médical nous est nécessaires pour connaître les causes de sa mort.

Dans l’attente de vous lire et comptant sur votre diligence,

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées,

*Signature*

*Nom Prénom*

A adresser en lettre RAR au Directeur du (ou des) Etablissement(s) où votre enfant/proche été hospitalisé

 *(joindre une copie recto verso de votre pièce d'identité + une copie de votre livret de famille*

*ET le cas échéant*

*une copie de la pièce d'identité du mineur)*