



**Formulaire de demande  
de communication de dossier médical à un ayant droit,  
un tuteur, une personne ayant l'autorité parentale**  
(Article L. 1111-7 du code de la santé publique)

-----  
Document à retourner à :  
Monsieur le Directeur  
Centre hospitalier Henri Ey  
32 rue de la Grève – 28800 BONNEVAL

Je soussigné(e) (Nom – Prénom).....  
Né(e) le ..... à .....  
Domicilié(e) .....  
Agissant en qualité de.....  
Pièce d'identité produite (ci-joint une copie) : .....

**Demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Henri Ey la communication du dossier médical de :**

Mme, Melle ou Mr (Nom – Prénom) :.....  
Né(e) le ..... à .....  
Décédé(e) le ..... à .....

**Préciser le lien de parenté ou la nature des relations avec la personne :** .....

Pièce produite (copie ci-jointe) :.....

**Pour le motif suivant (à préciser obligatoirement pour une demande faite par un ayant droit) :**

.....  
.....

**Préciser les documents à communiquer (cochez la case correspondante) :**

- le compte-rendu d'hospitalisation du ..... au .....
- autres documents (à préciser – *sur papier libre le cas échéant*) : .....
- .....

le dossier réglementaire

**Je souhaite (cochez la case correspondante) :**

- que ce dossier soit adressé à mon médecin traitant dont voici les coordonnées : .....
- .....

consulter ce dossier médical au centre hospitalier Henri Ey

qu'une copie de ce dossier me soit adressé(e) à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais selon le barème suivant :

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarif de la poste
Prix de reprographie d'une feuille A4 recto-versopage A4	0,30 €

Fait à ....., le .....

(Signature du demandeur)

**Siège social**  
32 rue de la Grève  
28800 Bonneval  
tél. 02 37 44 76 00  
fax 02 37 44 76 82  
www.ch-henriey.fr