

NOM Prénom :  
Adresse :

Tél : ...../...../...../...../.....

Madame la Directrice  
Clinique Avicenne  
4bis boulevard de Verdun  
97420 LE PORT

Le Port, le ...../...../.....

***Courrier recommandé avec accusé de réception***

Objet : demande de communication de mon dossier médical

Pièce jointe : copie de pièce d'identité

Madame la Directrice,

Je soussigné(e),.....,  
né(e) le ...../...../.....,  
demeurant .....

souhaite, conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique,

- ☐ obtenir une copie de mon dossier médical
- ☐ obtenir une copie du dossier concernant :

.....  
né(e) le ...../...../.....

en qualité : ☐ d'autorité parentale  
☐ d'ayant droit (à préciser ; héritier, ...) : .....  
☐ de tuteur

Concernant le séjour du ...../...../.....

Motif de la demande :

.....  
.....  
.....

- ☐ Je souhaite consulter mon dossier sur place accompagné d'un médecin de votre établissement.
- ☐ Je vous remercie par avance de bien vouloir adresser ce dossier à mon adresse personnelle indiquée ci-dessus.
- ☐ Je vous remercie de bien vouloir adresser ce dossier au docteur .....  
dont voici les coordonnées : .....  
.....  
.....

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie de recevoir, Madame la Directrice, mes sincères salutations.