

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN MINEUR

NOM et Prénom du ou des représentants légaux :

---

---

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

mail : \_\_\_\_\_

---

**Sollicite**, en application de la législation en vigueur, communication de la copie **du dossier médical de l'enfant** :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Relatif à l'hospitalisation à la clinique Pasteur :

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

---

Je certifie être le représentant légal du mineur.

Fait le,

Signature du représentant légal,