

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL
D'UN PATIENT
SOUS TUTELLE OU CURATELLE**

NOM et Prénom du tuteur ou curateur :

Adresse complète : _____

Tél : _____ mail : _____

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

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Relatif à l'hospitalisation à la clinique Pasteur :

Du _____ au _____

Du _____ au _____

Du _____ au _____

Je certifie l'exactitude des informations déclarées et ma qualité de tuteur ou curateur.

Fait le,

Signature du tuteur ou curateur,