



## DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER PATIENT pour un patient mineur

(Loi du 4 mars 2002, Art. L. 1111-7 et suivants du CSP,  
Art. R. 1112-1 et suivants du CSP)

Je soussigné (e) :  Madame  Monsieur

NOM : ..... Prénom : .....

NOM de jeune fille (le cas échéant) : ..... Date de naissance : .....

Adresse postale : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Adresse mail : .....

Agissant en qualité de détenteur de l'autorité parentale de :

NOM (de l'enfant) : ..... Prénom (de l'enfant) : .....

Date de naissance (de l'enfant) : .....

**Demande à obtenir communication de :** [cocher la case de votre choix]

- Son compte rendu médical
- Le dossier de sa dernière prise en charge
- Son dossier pour la période du : ..... au : .....
- Les éléments nécessaires pour une demande MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)
- L'intégralité de son dossier

(Sont exclues du dossier les informations recueillies auprès d'un tiers)

**Selon les modalités suivantes :** [cocher la case de votre choix]

- Consultation sur place
- Documents remis en main propre
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception au demandeur
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception au médecin de votre choix  
Nom, prénom, adresse du médecin : .....

**Nota bene :** La communication des informations vous sera transmise dans un délai de 8 jours maximum dès la réception complète de votre demande pour un dossier inférieur à 5 ans, et dans un délai de 60 jours pour un dossier supérieur à 5 ans.

Date : .....

Signature :

### Informations importantes :

- Joindre impérativement :
  - o une **copie d'une pièce d'identité recto-verso ou passeport** du parent demandeur
  - o une copie du livret de famille (page du parent demandeur + page de l'enfant)
  - o si vous êtes séparés ou divorcés, une copie du jugement précisant les modalités de l'autorité parentale
- Votre demande est à compléter et à adresser de préférence par mail : [qualite@cpn-laxou.com](mailto:qualite@cpn-laxou.com) ou par courrier à :

#### Cellule Qualité

1, rue du Docteur Archambault - BP 11010 - 54521 LAXOU CEDEX

- Donnent lieu à **facturation** les frais d'envoi et/ou les frais de photocopie au-delà de 60 pages, soit 0,18 centimes par page supplémentaire.
- Pour tout **renseignement complémentaire**, vous pouvez contacter la Cellule Qualité, Gestion des risques du CPN.  
Tél : 03 83 92 50 07