

Dossier Médical détenu par le Centre Hospitalier d'Auxerre  
Demande de communication totale ou partielle par le  
**REPRESENTANT LEGAL DU MINEUR**

**1. Identité de l'enfant**

Nom et prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

**2. Identité du représentant légal**

Nom et prénom du demeurant : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**3. Hospitalisation (s) ou consultation (s) concernée (s)**

Date(s) ou année (s) de(s) hospitalisation(s) : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Date(s) ou année (s) de(s) consultation(s) : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

**4. Dossier médical du mineur = je demande**

A recevoir une copie des documents ci-après désignés (liste non exhaustive)

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu de consultation

Compte-rendu opératoire

Compte-rendu des examens

Dossier d'imagerie (*radiologie, scanner, IRM...*)

Résultats biologiques (laboratoire)

Dossier d'imagerie (*compte-rendu*)

Autres : \_\_\_\_\_

**5. Modalités de retrait de la copie des éléments du dossier médical du mineur**

Mise à ma disposition au secrétariat clientèle (niveau -2) **à retirer entre 8 h et 15 h 30**

Envoyé par pli recommandé avec Accusé Réception

Envoyé par pli simple

**6. Tarifs**

Je suis informé(e) que les frais de reproduction et d'expédition de ces documents me seront facturés après service fait sur la base des tarifs fixés par le Directoire du Centre Hospitalier d'Auxerre (voir tarifs ci-joints).

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Si vous rencontrez des difficultés à remplir ce document, n'hésitez pas à nous contacter au 03.86.48.47.66 de 8 h 00 à 15 h 30**

**Joindre impérativement à votre demande, la copie recto-verso de votre carte d'identité et la copie du livret de famille (feuilles concernant les parents et l'enfant) ou décision de justice attestant de votre autorité parentale**

Demande à renvoyer par lettre simple à :

Ou

Demande à renvoyer par mail à :

Madame la Directrice de la Clientèle - Service "Dossiers Médicaux"  
Centre Hospitalier - 2 Boulevard de Verdun - BP 69 - 89011 AUXERRE Cedex

[contactusager@ch-auxerre.fr](mailto:contactusager@ch-auxerre.fr)