



Envoyer votre demande à:

Fondation Lenval

57 avenue de la Californie

06200 Nice

Ou par mail : [direction@lenval.org](mailto:direction@lenval.org)

## Formulaire de demande de communication de documents médicaux

Je soussigné (e), NOM .....Prénom.....

Nom de jeune fille.....

Né (e) le .....

Domicilié (e) à .....

Téléphone (obligatoire) : .....

Mail.....

### 1. Demande communication de la copie de mon propre dossier médical

Je joins le justificatif d'identité suivant :

- Copie de ma carte d'identité......
- Copie de mon permis de conduire ......
- Copie de mon livret de famille ......

### 2. Demande communication du dossier médical de :

NOM .....Prénom.....

Né (e) le .....à.....

J'ai la qualité suivante :

- **Titulaire de l'autorité parentale** ..... Père  Mère  Conjointe
  - fournir une copie du livret de famille
  - en cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales

En Vertu de l'Article 5 (L1111-5) du CSP et du décret 2002-637 29/04/2002, lors d'une autorité parentale conjointe et en cas de divorce, pour toute demande d'accès au dossier médical de l'enfant formulée par l'une des parties, le parent ayant demandé la copie du dossier médical doit en informer l'autre parent

- **Déléataire de l'autorité parentale**.....
  - fournir la décision du juge aux affaires familiales
- **Tuteur**.....
  - fournir l'ordonnance du juge des tutelles

#### ➤ **Ayant droit**

La notion d'ayant droit englobe tous les successeurs légaux de la personne décédée (arrêté du 3 janvier 2007, JO du 16 janvier 2007).

- Conjoint                       Frère-Sœur                       Père-Mère  
 Enfant                       Autre parent                       Autre

- fournir le justificatif de cette qualité (livret de famille, acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité, contrat particulier)

- motif de la demande pour les ayants droit, en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique :

- Connaître les causes de la mort.....
- Défendre la mémoire du défunt.....
- Droits à faire valoir :
  - droit à pension.....
  - droit à assurance.....
  - réparation d'un préjudice.....

- autre, à préciser.....

**3. Voici les références du/des séjours et des services sur lesquels portent les pièces demandées :**

**Je souhaite avoir une partie de mon dossier médical correspondant aux séjours suivants :**

- établissement(s) :  Pédiatrie CHU de Nice  Pédiatrie LENVAL
- service(s).....
- Période(s) d'hospitalisation (préciser la ou les périodes).....

- **Je souhaite avoir la totalité de la copie de mon dossier médical détenu par la Fondation.....**

**4. Motif de la demande de dossier médical**

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

**5. Modalités souhaitées pour la communication des informations médicales**

**5.1. Je demande que la copie du dossier médical soit adressée** en lettre Recommandée avec Accusé de Réception (Frais d'envoi postal en recommandé avec accusé de réception en fonction des tarifs en vigueur) :

- à moi-même, à l'adresse suivante.....  
.....
- à un médecin, à l'adresse suivante.....  
.....

**5.2. Je viendrai retirer moi-même le dossier** au service des Archives, RDC -Hôpital LENVAL, 57 avenue de la Californie- 06200 NICE (*l'archiviste prendra RDV avec vous pour organiser votre venue*).....

**6. Tarif unitaire des copies des documents médicaux :**

Photocopie en noir et blanc : 0.18 € (Tarif unitaire par page)

Echographie, radiographie : 2.00 € (Tarif unitaire par page)

IRM, scanner : 2.75 € (Tarif unitaire par page)

**+ Frais d'envoi du courrier RAR (selon le poids de la lettre) si vous souhaitez le recevoir à domicile.**

J'ai bien noté que la copie du dossier médical me sera remise ou adressée par la Fondation à réception du paiement dont le montant m'aura été communiqué et qu'à défaut de règlement dans le délai d'un mois, le Directeur Général considérera que je ne donne pas suite à ma demande.

**Signature du demandeur**