



## DOCUMENT D'AUTORISATION D'ACCES A UN DOSSIER MEDICAL

**Veillez joindre une copie de votre pièce d'identité**

**(carte nationale d'identité, passeport,...) et un justificatif de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit (livret de famille, ...)**

Je soussigné, Madame/Monsieur ..... ,  
en qualité de représentant légal ou d'ayant droit (rayer la mention inutile),

Autorise les membres de la Commission Usagers, astreints au secret professionnel dans les conditions définies par le Code pénal<sup>1</sup>, à accéder aux informations contenues dans le dossier médical de ..... ,  
Né(e) le     /     /     ,

Fait le .....  
À.....

Signature :

***Merci de renvoyer ce document signé à l'adresse suivante :***

**CENTRE HOSPITALIER DE FONTENAY-LE-COMTE**

**Relations avec les Usagers**

**CS 10039 - 85 201 Fontenay-Le-Comte Cedex**

***Ou par mail :*** [relations.usagers.chflc@chfontenaylecomte.fr](mailto:relations.usagers.chflc@chfontenaylecomte.fr)

<sup>1</sup>Articles 226-13 et 226-14