



**DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UN MAJEUR PROTÉGÉ**  
(Conformément à l'article L1111-7 du CSP)

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un majeur dont vous êtes le tuteur. Pour ce faire, **vous devez impérativement pouvoir justifier que vous êtes la personne en charge de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne** (conformément à l'article L. 1111-7 du CSP).

Afin de satisfaire votre demande, je vous remercie de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner à l'adresse suivante ou par retour de mail :

**UROPOLE 71 - 24 AVENUE JEAN JAURES - 71100 CHALON SUR SAONE**  
**MAIL : secretariat-chalon@uropole71.fr**

➤ **Concernant le majeur protégé :**

NOM : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... Décédé(e) le : .....

➤ **En qualité de tuteur, je soussigné(e)**       Madame       Monsieur

NOM : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... Téléphone : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Mail : .....

➤ **Souhaite obtenir la copie de documents de son dossier médical**

➤ **Hospitalisation(s) ou consultation(s) concernées(s)** (il est recommandé de fournir un maximum de renseignements afin de faciliter les recherches) : .....  
.....  
.....

➤ **Date(s) / Année(s) concernée(s):** .....

- Le(s) compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation/intervention
- Le(s) compte(s)-rendu(s) de consultation
- Le(s) examen(s) biologique(s)/anatomopathologique(s)
- L'imagerie médicale (scanner, radiographie, IRM...)
- D'autre(s) document(s) au titre de l'article R.1112-2 du Code de la Santé Publique (à préciser sur papier libre le cas échéant)

➤ **Mode de communication des pièces du dossier médical :**

⇒ Remise en main propre

**Attention : Pour donner suite à votre demande, il est IMPERATIF de joindre :**

- **Une copie de votre pièce d'identité,**
- **Une copie de la pièce d'identité du majeur protégé**
- **Une copie de la décision de justice de la mise sous tutelle.**

Fait le : ..... Signature :