

Imprimé à retourner dûment complété et signé à : Service Relation avec les Usagers –
Centre Hospitalier de Lavour – 1 Place Vialas – 81500 LAVAUUR

**IMPORTANT : N'oubliez pas de joindre la photocopie
de votre pièce d'identité ou de votre passeport**

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom
Nom de jeune fille :
Date de naissance :/...../.....

DEMANDEUR : (si le demandeur n'est pas le patient)

Nom : Prénom
N° téléphone (domicile ou portable) :/...../...../.....
Adresse :
.....
.....

♦ **Qualité du demandeur :**

- **Titulaire de l'autorité parentale :** Père Mère (fournir une copie du livret de famille)

Je, soussigné, M ou Mme certifie sur l'honneur être détenteur de l'autorité parentale.

Signature :

- **Déléataire de l'autorité parentale :** (fournir la décision du juge aux affaires familiales)

- **Tuteur :** (Fournir l'ordonnance du juge des tutelles)

- **Ayants droit :** Conjoint Père-Mère Frère-Sœur
Enfants Autres parents Autre

(Fournir le justificatif de cette qualité : livret de famille, acte notarié, certificat d'hérédité, attestation de votre qualité de successeur légal du défunt)

Motivation pour les ayants droits (Art L1110-4) :

- 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 :

Afin de donner une suite favorable à votre demande, merci de justifier vos motivations ci-dessous :

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

COPIE DES INFORMATIONS MEDICALES :

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de préciser : les périodes d'hospitalisation et les services de soins concernés par votre demande ; les documents souhaités (0,18 € la page, coût du recommandé avec accusé de réception si envoi)

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

MODALITES DE COMMUNICATION :

En l'absence du choix de la modalité de communication du dossier, la consultation sur place sera le moyen de communication retenu.

♦ **Consultation sur place :**

- Avec accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)
- Sans accompagnement médical

ET/OU

- En présence d'une tierce personne de mon choix
- Sans la présence d'une tierce personne

♦ **Envoi à mon domicile** **A une autre adresse**

Adresse :

♦ **Envoi au médecin de mon choix**

Nom et adresse :

♦ **Retrait sur place** Tout dossier non récupéré dans un délai d'un mois sera adressé par voie postale au demandeur avec facturation du supplément d'envoi en recommandé

Date :

Signature :