



Septembre 2025

**DEMANDE DE COMMUNICATION DES  
INFORMATIONS RELATIVES A LA SANTE  
A LA DEMANDE D'UN TIERS DEMANDEUR**

R/CLT/002/2

Page : 1 / 2

Imprimé à retourner dûment complété et signé à : Service Relation avec les Usagers  
**Centre Hospitalier de Lavaur** – 1 Place Vialas – 81500 LAVAUR  
Ou par mail [secretariat.dir@ch-lavaur.fr](mailto:secretariat.dir@ch-lavaur.fr)

**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 : ...../...../...../...../..... Adresse mail : .....  
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 : .....



Septembre 2025

**DEMANDE DE COMMUNICATION DES  
INFORMATIONS RELATIVES A LA SANTE  
A LA DEMANDE D'UN TIERS DEMANDEUR**

R/CLT/002/2

Page : 2 / 2

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. Frais de copie de 0,18 cts par feuille A4, hors première demande de communication du dossier médical

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

**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**

Coût du recommandé avec accusé de réception à votre charge

Adresse : .....  
.....

**◆ Envoi au médecin de mon choix**

Coût du recommandé avec accusé de réception à votre charge

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 :**