

merci d'écrire lisiblement et avec un stylo noir

☐ Mme ☐ M.	
Nom :	Prénom :
Adresse postale :	
CP :	Ville :
Tel :	Mail :

Pièce(s) jointe (s) :

- ☐ Copie de ma carte d'identité recto-verso ou copie de mon passeport
- ☐ En plus, pour un enfant mineur : copies de sa carte d'identité et du livret de famille

Je souhaite récupérer auprès du Docteur :

Nom :
Prénom :
Spécialité :
Ancienne adresse du cabinet dans le Rhône :

☐ Mon dossier médical

☐ Le dossier médical de mon enfant :

Nom et Prénom :

☐ Je souhaite que le dossier médical me soit transmis

ou

☐ Je souhaite que le dossier médical soit transmis à mon nouveau médecin :

Nom :
Prénom :
Spécialité :
Adresse du cabinet :

Date :

Signature :