

## VOUS NE POUVEZ PAS VOUS DÉPLACER

Une personne de votre choix peut retirer la copie de votre dossier médical.

Pour cela, merci de bien vouloir compléter ce formulaire de procuration

Je soussigné(e)

Mr       Mme

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Autorise (personne majeure et non sous tutelle)

Mr       Mme

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

A retirer les copies de mon dossier médical à ma place.

Fait à ..... Le : .....

Signature obligatoire :

Confier ce présent document, ainsi que votre pièce d'identité, à votre représentant (e) ou la personne de votre choix, qui devra les présenter au secrétariat, avec sa propre pièce d'identité