

ANNEXE 4

**Demande de communication du dossier patient**  
**Mineur**

Vous souhaitez obtenir le dossier médical d'un mineur dont vous êtes titulaire de l'autorité parentale. Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner auprès de la direction de l'établissement concerné :

**L'Hôpital de la Timone :**

par courrier : 264 rue Saint Pierre, 13385 Marseille Cedex 05,  
ou par mail : [direction.patienteletimone@ap-hm.fr](mailto:direction.patienteletimone@ap-hm.fr)

**L'hôpital de la Conception :**

par courrier : 147 Bd Baille, 13385 Marseille Cedex 05,  
ou par mail : [Secretariat.deDirectionCONCEPTION@ap-hm.fr](mailto:Secretariat.deDirectionCONCEPTION@ap-hm.fr)

**L'hôpital Nord :**

par courrier : Chemin des Bourrely, 13915 Marseille Cedex 20,  
ou par mail : [bdmnord@ap-hm.fr](mailto:bdmnord@ap-hm.fr)

**Les Hôpitaux Sud :**

par courrier : 270 Bd Sainte Marguerite, 13009 Marseille 09,  
ou par mail : [dossiersmedicauxsud@ap-hm.fr](mailto:dossiersmedicauxsud@ap-hm.fr)

**Il est impératif de joindre à votre demande un justificatif d'identité (copie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport), une attestation sur l'honneur justifiant de la détention et de l'exercice de l'autorité parentale sur le mineur (modèle ci-dessous), une copie du livret de famille et/ou copie intégrale de l'extrait d'acte de naissance.**

**■ IDENTITE DU PARENT ET DU PATIENT**

Je soussigné(e)

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : ..... Date de naissance : .....

Demeurant : .....

Téléphone : .....

Lien de filiation : .....

Mail : .....

Souhaite obtenir les pièces du dossier patient de l'enfant ci-après désigné :

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : ..... Date de naissance : .....

Demeurant : .....

**■ PIÈCES DU DOSSIER PATIENT DEMANDÉES**

- intégralité du dossier patient
- compte-rendu d'hospitalisation
- compte-rendu opératoire
- clichés (radios, scanners...)
- autres pièces : .....

**■ RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER**

Service(s) d'hospitalisation : .....

Date(s) d'hospitalisation : .....

Chef(s) de services(s) : .....

Hôpital concerné :  Timone  Conception  Nord  Hôpitaux Sud

**■ MODALITES DE COMMUNICATION**

- consultation gratuite sur place (dans le/les service(s) d'hospitalisation)
- envoi de copies à mon domicile ou au médecin intermédiaire que je désigne :  
 Docteur (nom / prénom) .....
- Adresse.....
- Complément Adresse .....
- Téléphone.....

**■ FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI**

La première copie du dossier patient et son envoi ne sont pas facturés aux demandeurs conformément à la décision du Directeur Général de la l'APHM. A compter de la deuxième demande, la copie du dossier patient et son envoi seront facturés aux demandeurs, selon la tarification en vigueur au sein de l'établissement.

Les frais de reproduction et d'envoi sont fixés par l'établissement.  
 Ils comprennent le coût des photocopies des documents papier, le coût des copies des clichés radiologiques ou contretypes, les frais d'envoi en R.A.R. (le cas échéant).

Les tarifs applicables pour l'exercice 2025, en application de la décision du Directeur Général de l'AP-HM n° 77/2025 du 6 mai 2025, sont les suivants :

| Format de copie  | Tarif unitaire |
|--|----------------|
| A4   | 0,18 €         |
| A3   | 0,36 €         |
| Supplément envoi postal LRAR                                   | 7,00 €         |
| CD-ROM / DVD   | 2,75 €         |
| Bande sonore SAMU : désarchivage et copie sur CD               | 31,00 €        |
| Désarchivage et retranscription écrite de la conversation SAMU | 155,00 €       |

A .....

Le .....

Signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), (nom, prénoms) atteste exercer sur mon fils\*, ma fille\* (nom, prénoms), l'autorité parentale.

Fait le....., à..... Signature du demandeur :

\* Rayer la mention inutile