



## DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PAR LE SALARIÉ

, le

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical.  
Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et nous le retourner par **courrier recommandé avec accusé de réception**.

### **Identité du salarié :**

M., Mme, Melle : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Date de naissance : .....

Dernier employeur : .....

---

### **Pièces souhaitées**

- Le dossier médical
- Uniquement certaines pièces de votre dossier médical - *Merci de préciser les pièces désirées :*  
.....

### **Mode de communication**

- Envoi de copies à votre domicile
- Envoi de copies à un médecin de votre choix, précisez :  
Nom et adresse : .....  
Spécialité : .....
- Remise de copies en mains propres

### **Motif de la demande (facultatif)**

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

**Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre une copie de votre carte d'identité nationale, de votre passeport ou de votre permis de conduite**

À ....., le .....

Signature

Date de réception de la demande par le Service AST 74 : ..... (à remplir par AST74)