



A Remplir par le demandeur

DEMANDE DE CONSULTATION DU DOSSIER

Ce formulaire s'adresse à toute personne majeure, le cas échéant représentante légale d'un jeune accueilli à l'EDEFS ou accompagné sur un SESSAD qui souhaite exercer un droit d'accès à son dossier/ au dossier de son enfant.

Je soussigné , le cas échéant, représentant légal de

(Nom - Prénom)

Souhaite : recevoir une copie des informations consulter sur place les informations

Concernant son accompagnement / l'accompagnement de son enfant :

- à l'IME Hallouvry à l'IME d'Antrain à l'ITEP
 au SESSAD Entre Temps au SESSAD d'Antrain au SITEPP

Ma demande concerne :

- Les informations médicales les informations psycho éducatives l'ensemble des informations

Fait à | Le.....

Signature :
(demandeur)

Partie réservée à l'établissement

REPONSE FORMULEE PAR LE SERVICE

Fixation d'un rendez-vous au service le

Envoi d'une copie des informations demandées le

Fait à | Le.....

Signature :
(directeur)

Partie réservée à l'établissement

CONSULTATION

Consultation le..... en présence de
(accompagnateur)