



DEMANDE D'OBTENTION DE DOSSIER MEDICAL

Mme M.

Nom de famille : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ancien médecin : _____

Pour être informé de la disponibilité du dossier, veuillez laisser un numéro de téléphone (heures de bureau) ou une adresse courriel :

Téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

- Les dossiers sont déposés à la réception de la direction générale de la santé et remis en mains propres contre présentation d'une pièce d'identité.
- Pour les enfants mineurs, joindre une copie du livret de famille.
- Tout dossier non retiré dans un délai d'un mois sera archivé, une nouvelle demande sera exigée.

Date : _____

Signature : _____

(pour les mineurs, signature du représentant légal)

Document à retourner à l'adresse suivante :

Direction générale de la santé
Service du médecin cantonal
Rue Adrien-Lachenal 8
1207 Genève