

**AUTORISATION DE TRANSFERT
DU DOSSIER MEDICAL***

(* Si vous êtes pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée (A.L.D.) ou un traitement d’orthodontie en cours

Je soussigné(e) :

Nom, prénoms :

Nom de jeune fille :

Numéro d’immatriculation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Demande que mon dossier médical, et/ou celui de mon conjoint et de mes enfants, soi(en)t transféré(s) au Médecin Chef du Service du Contrôle Médical de la MSA d’Armorique, à laquelle je suis désormais affilié(e).

Fait à :

Le :

Signature (obligatoire)

A RETOURNER DANS L’ENVELOPPE CONFIDENTIELLE DESTINEE AU MEDECIN-CONSEIL