



AUTORISATION RELATIVE AUX DONNEES MÉDICALES

Référence de la prestation: _____ /G

Je soussignée : E A R E S C H A W K I

Né(e) le : 12/11/1976

Agissant (une seule case à cocher) :

En mon nom personnel

Ou

En ma qualité de représentant légal du mineur : (nom, prénom, date de naissance du mineur) FAIRES AHM
YACINE

Ou

En ma qualité de représentant légal du majeur sous tutelle, curatelle : (nom, prénom du majeur) _____
_____. Merci de joindre dans ce cas une copie de la décision de justice qui vous nomme représentant.

Qu

En ma qualité d'avant droit (en cas de décès du bénéficiaire de : (nom, prénom du défunt) : _____

Demeurant : 18, Boulevard Emile Zola 93390 Chaponnay

Dans l'affaire m'opposant à : F, le chêne

Autorise JURIDICA à communiquer dans le respect des obligations légales et réglementaires de confidentialité, aux seules personnes intervenant dans la gestion de mon litige, les informations à caractère médical et rapport(s) d'expertise(s) pour les besoins exclusifs de la résolution de mon affaire, et ce pour toute la gestion du dossier.

Je reconnais avoir été informé que les données à caractère personnel recueillies dans ce document sont nécessaires pour permettre à JURIDICA de traiter ma demande.

Fait à ...A21...A91...2025... Leet finché / Bms

Signature :

[Signature]

Conformément à la loi, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition , de portabilité que je peux exercer à tout moment auprès de la Cellule Cnil 1 Place Victorien Sardou 78160 MARLY LE ROI ou cellulecnil@axajuridica.com