

**MODIFICATION D'AUTORISATION D'ACCES  
DOSSIER MEDICAL INFORMATISE « BREIZH PC »**

Je soussigné (Nom et prénom) : .....

Né(e) le : .....

- Déclare souhaiter modifier la liste des professionnels de santé pouvant accéder  
à mon dossier de la manière suivante :

**Professionnels à ajouter à la liste initiale**

Nom-Prénom : ..... Profession : .....  
Adresse/téléphone : .....

Nom-Prénom : ..... Profession : .....  
Adresse/téléphone : .....

Nom-Prénom : ..... Profession : .....  
Adresse/téléphone : .....

**Professionnels à supprimer de la liste initiale**

Nom-Prénom : ..... Profession : .....  
Adresse/téléphone : .....

Nom-Prénom : ..... Profession : .....  
Adresse/téléphone : .....

Nom-Prénom : ..... Profession : .....  
Adresse/téléphone : .....

**Professionnel INTERDIT**

Nom-Prénom : ..... Profession : .....  
Adresse/téléphone : .....

Le .....

Signature :

*Zone réservée à la coordination du réseau Breizh paralysie cérébrale*

Consentement enregistré le .....