

## **Demande « Etranger Malade » - ANEF**

### **SOMMAIRE**

- I - CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL**
- II - DEMANDE DE COMMUNICATION  
D'INFORMATIONS MÉDICALES**
- III – EXPLICATION ENVOI DOSSIER**

# I - CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Après réception de votre « CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL », veuillez l'imprimer et de compléter la première page.



Office Français de l'Immigration et de l'Intégration  
Service médical

IDENTIFIANT :

## CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL A adresser au médecin de l'OFII

### 1<sup>er</sup> bloc rempli par l'administration

Nom : <input type="text"/>	
Prénoms : <input type="text"/>	
Nom d'usage : <input type="text"/>	
Né(e) le : <input type="text"/> Sexe : <input type="text"/>	
A : <input type="text"/>	
Nationalité : <input type="text"/>	
Adresse : <input type="text"/>	
Entré en France le : <input type="text"/>	
Tél. : <input type="text"/>	
Email : <input type="text"/>	
Responsable légal : <input type="text"/>	

### 2<sup>ème</sup> bloc à remplir par le patient

Je m'engage à fournir au médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ou au collège de médecins de cet établissement, toute information et examen nécessaires concernant mon état de santé et d'accomplir les diligences utiles pour les obtenir.  
*I undertake to supply to the doctor of the French Service of the immigration and the integration or to the college of necessary doctors of this establishment, any information and examination concerning my health and to carry out the useful diligences to obtain them.*

Date :  Signature du patient (*patient signing*) :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation de votre état de santé relatif à votre demande. Les destinataires des données sont les médecins de l'OFII. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à :  
OFII -A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés- 44 rue Bargeu 75015 Paris ou [cil.themis@ofii.fr](mailto:cil.themis@ofii.fr).  
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.  
-Le directeur général de l'OFII-  
Pour consulter les modèles de mentions légales sur le site de la CNIL : <http://www.cnil.fr/vos-responsabilites/informations-legales>

- A la place du cadre rouge 1 vous devez mettre la date du jour
  - A la place du cadre rouge 2 rouge vous devez signer
- et vous devez faire compléter les autres parties par **un médecin généraliste ou spécialiste**,

Standard : 04 77 48 48 48

Télécopie : 04 77 21 65 83

Site internet : [www.loire.gouv.fr](http://www.loire.gouv.fr)

Adresse postale : 2 rue Charles de Gaulle CS 12241 – 42022

SAINT-ÉTIENNE Cedex 1

## **II - DEMANDE DE COMMUNICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES**

Le document « DEMANDE DE COMMUNICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES » doit être imprimé et rempli comme dans l'exemple suivant :



**Demande de titre de séjour pour soins**

(Articles L.311-12 ; L.313-11 11° ; L.311-6 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)

**Demande de communication d'informations médicales**

Je soussigné(e), **NOM Prénom**....., donne mon accord aux médecins de l'Office pour demander des informations médicales me concernant<sup>1</sup>, nécessaires à l'accomplissement de leur mission, auprès des professionnels de santé qui en disposent.

Date : **Date du jour**

Signature : **Signature de l'intéressé(e)**

## **III – ENVOIE DOSSIER**

**Le « CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL » complété par l'utilisateur et le médecin, la « DEMANDE DE COMMUNICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES » complété par l'utilisateur et la « NOTICE EXPLICATIVE » imprimé préalablement doivent être dans l'enveloppe que l'utilisateur envoie à l'adresse suivante :**

**OFII  
CS n° 70228  
69286 LYON CEDEX 02**