

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse postale :

Courriel :

Téléphone :

SITUATION : Marié(e) célibataire pacsé(e)

ENFANTS (prénom, nom, date naissance) :

SITUATION PROFESSIONNELLE :

Dernier emploi occupé :

Situation professionnelle du compagnon ou compagne éventuel(le) :

PARCOURS DE SANTE :

Date premiers symptômes et description :

Piqûre de tique (OUI/NON) :

Présence d'un Erythème migrant (OUI/NON) :

Sérologie (oui ou non), si oui, joindre documents correspondants :

Traitement suivi (rapidement exposé) :

Noms des différents médecins/établissements de santé consultés :

Situation actuelle et évolution (*description sur le plan physique, professionnel, psychologique, personnel, familial...*) :

Si perte d'emploi en lien avec état de santé :

Si fin de versement indemnités journalières par la CPAM, en préciser la date :

Si aptitude reconnue par la CPAM, le mentionner et joindre documents :

MANDAT :

A reproduire à la main, date et signature :

"Je soussigné...nom et prénom, né(e) le ... à ..., donne mandat à :

Maître Catherine FAIVRE et à Maître Julien FOURAY, Avocats au Barreau d'EPINAL, constituant la cellule "Droits et recours, pour la reconnaissance de la maladie de Lyme, ses conséquences et leur indemnisation" l'un pouvant substituer l'autre, pour :

- *Engager toute action amiable ou judiciaire, tant sur le plan pénal que sur le plan civil, utile à la consécration de mes droits, notamment aux fins d'indemnisation.*

Je les autorise également à exploiter les documents médicaux remis par mes soins pour assurer ma défense."

DATE

SIGNATURE

JOINDRE NOTAMMENT DOCUMENTS JUSTIFICATIFS SUIVANTS :

- Copie carte identité.
- Copie dossier médical sollicité auprès des différents médecins ou établissements fréquentés au cours des dix dernières années.

Formulaire et documents à adresser à l'adresse mail suivante :

lymeaction@sfr.fr

Ou par voie postale :

*Maître Catherine FAIVRE
Avocat
20, place des Vosges
88000 EPINAL*