

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, Avocat au Barreau d'EPINAL, membre de la SCP DESCHAMPS-FAIVRE, constituant la cellule "Droits et recours, pour la reconnaissance de la maladie de Lyme, ses conséquences et leur indemnisation", 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 :

lymeactions@gmail.com

Ou par voie postale :

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