



**REQUÊTE EN VUE DU RÉEXAMEN
D'UNE MESURE DE PROTECTION**

N° du dossier :

Identité de la personne protégée :

Nom :
Nom d'époux / d'épouse :
Prénoms :
Situation de famille : Marié(e) Célibataire Concubin
 Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)
Profession :
Date et lieu de naissance :
Domicile habituel :
Numéro de téléphone :
Lieu de résidence ou d'hospitalisation (si différent du domicile) :
.....

Identité du tuteur ou curateur :

Nom et Prénoms :
Profession :
Date de naissance :Lieu :
Domicile :
Numéro de téléphone :
Votre lien de parenté avec le majeur protégé (conjoint, père ou mère, fils ou filles, frère ou soeur, autres à préciser) :
.....
Adresse électronique :@.....

Souhaitez-vous

- 1. le renouvellement de la mesure sous sa forme actuelle ?
- 2. l'aggravation de la mesure actuelle (curatelle en tutelle ou curatelle simple en curatelle renforcée) ?
- 3. l'allègement de la mesure actuelle (tutelle en curatelle ou curatelle renforcée en curatelle simple) ?
- 4. la mainlevée de la mesure actuelle

Bien vouloir motiver votre avis :

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Bien vouloir indiquer, le cas échéant, le nom du médecin inscrit sur la liste que vous avez consulté (obligatoire pour le cas 2, facultatif pour les autres cas):

.....

Etes-vous d'accord pour continuer à prendre en charge la mesure ?

- OUI NON

Si NON, indiquer les coordonnées de membres de la famille ou de proches susceptibles d'exercer la mesure :

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :

Numéro de téléphone :

Lien de parenté ou de proximité avec le majeur protégé :

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :

Numéro de téléphone :

Lien de parenté ou de proximité avec le majeur protégé :

L'état du majeur protégé lui permet-il :

- d'être utilement entendu par le Juge des contentieux de la protection statuant en qualité de juge des tutelles ?
- de se déplacer au Tribunal ? Éventuellement accompagné par vos soins ou ceux d'une autre personne à préciser :

CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ

ARTICLE 413 DU CODE CIVIL - ARTICLE 1219 DU CODE DE PROCÉDURE CIVILE

établi par le médecin habituel de la personne

IDENTITÉ DE LA PERSONNE EXAMINÉE :

ALTÉRATION DES FACULTÉS MENTALES

NON

- OUI en raison d'une maladie
 d'une infirmité
 d'un affaiblissement lié à l'âge

Description sommaire évoquant notamment l'aptitude au calcul, à l'écriture de la personne intéressée ainsi que l'état de sa mémoire :

Ces altérations mentales sont : temporaires définitives

Quelle est l'évolution prévisible de ces altérations selon les données acquises de la science :

état stationnaire

- susceptible d'amélioration lente modérée rapide
 susceptible d'aggravation lente modérée rapide

Explications sommaires :

ALTÉRATION DES FACULTÉS CORPORELLES

NON

- OUI en raison d'une maladie
 d'une infirmité
 d'un affaiblissement lié à l'âge

Description sommaire :

Ces altérations corporelles sont temporaires définitives

Quelle est l'évolution prévisible de ces altérations selon les données acquises de la science :

état stationnaire

susceptible d'amélioration

lente

modérée

rapide

susceptible d'aggravation

lente

modérée

rapide

Explications sommaires :

Ces altérations mentales ET/OU corporelles empêchent-elles l'expression de la volonté de la personne examinée :

NON

OUI et la personne examinée est dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts

totalement

partiellement

Explications sommaires :

CONCLUSIONS

La personne examinée :

ne doit pas faire l'objet d'une mesure de protection

doit être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile (tutelle)

doit être seulement assistée ou contrôlée dans les actes de la vie civile (curatelle)

Le contrôle doit être normal renforcé

La mesure de protection doit concerner : les actes patrimoniaux uniquement

les actes patrimoniaux ET à caractère personnel

La durée de la mesure peut être : égale ou inférieure à 5 ans à savoir :

d'une durée supérieure à 5 ans à savoir :

(uniquement si renseigné par le médecin spécialiste inscrit sur la liste du Procureur de la République)

La personne protégée :

peut se rendre au tribunal pour être entendue éventuellement accompagnée par

-
- ne peut pas se déplacer mais peut être entendue sur son lieu de résidence
 - son audition est de nature à porter atteinte à sa santé
 - est hors d'état d'exprimer sa volonté dans le cadre d'une audition

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

Le cas échéant son avis :

(si ce formulaire est renseigné par le médecin spécialiste inscrit sur la liste du Procureur de la République)

| |
|---------------------------------------|
| Observations complémentaires : |
|---------------------------------------|

Fait le _____ à _____

Par (nom et cachet du médecin)