

# Demande de mise sous protection juridique d'un majeur

## Requête d'un professionnel auprès du Procureur de la République

---

### RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE FAISANT LA DEMANDE

---

NOM

Prénom

Profession

Adresse messagerie

Téléphone travail

Adresse ou tampon du service/établissement

### RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À PROTÉGER

---

NOM

NOM d'épouse

Prénoms

Date et lieu de naissance

Nationalité

célibataire

marié(e)

PACS

veuf(ve)

divorcé(e)

Profession

Adresse du domicile

Téléphone

Est-il (elle)

PROPRIETAIRE

LOCATAIRE

Lieu d'hébergement ou d'hospitalisation (avec date d'entrée)

## RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE ET L'ENTOURAGE DE LA PERSONNE À PROTÉGER

---

| Nom et Prénom | Lien de parenté, amical, voisinage... | Adresse et téléphone | Relations habituelles avec la personne à protéger |
|---------------|---------------------------------------|----------------------|---|
|               |                                       |                      | Oui<br>Non  |
|               |                                       |                      | Oui<br>Non  |
|               |                                       |                      | Oui<br>Non  |
|               |                                       |                      | Oui<br>Non  |
|               |                                       |                      | Oui<br>Non  |
|               |                                       |                      | Oui<br>Non  |
|               |                                       |                      | Oui<br>Non  |
|               |                                       |                      | Oui<br>Non  |
|               |                                       |                      | Oui<br>Non  |

## SITUATION PATRIMONIALE DE LA PERSONNE À PROTÉGER

---

Quels sont les revenus de la personne à protéger (salaires, allocations, pensions, revenus immobiliers...)

Quelle est la composition du patrimoine de la personne à protéger ?

- Comptes bancaires : indiquer les coordonnées de(s) l'établissement(s)
  
- Livrets et autres produits d'épargne : désignation, montant, lieu du dépôt :
  
- Biens immobiliers

Existe-t-il des procurations ? Nom et adresse des titulaires des procurations

Existe-t-il des dettes et /ou emprunts ? (nature, montant, ancienneté)

Une action en justice ou une succession sont-elles actuellement en cours      oui      non

- Nom et adresse de l'avocat ou du notaire

Des actes urgents sont-ils nécessaires ? (vente d'un bien immobilier, signature d'un contrat de séjour en établissement...)

Un mandat de protection future a-t-il été rédigé par la personne à protéger ?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le numéro du mandat

Ce mandat a-t-il été mis en œuvre ? Oui Non

S'il n'a pas été mis en œuvre, en connaissez-vous la raison ?

Une mesure de protection a-t-elle déjà eu lieu dans le passé ? Quand ? Où ? De quelle nature ?

## **MOTIFS QUI AMÈNENT À SOLLICITER UNE MESURE DE PROTECTION**

Résumé de l'altération des facultés mentales et/ou physiques de la personne à protéger

Fournir les coordonnées du ou des médecins traitants

## AVIS DE LA PERSONNE À PROTÉGER SUR LA MESURE DE PROTECTION

---

La personne à protéger doit être informée de votre demande de mise sous protection, et elle :

- est favorable à la mesure
- est opposée à la mesure
- n'a pas d'avis sur la mesure
- n'est pas en capacité de donner un avis

Audition de la personne à protéger par le juge des tutelles, estimez-vous que la personne à protéger :

- peut se déplacer seule et être entendue par le juge
- peut se déplacer avec l'aide d'un tiers et être entendue au tribunal

Nom, prénom et coordonnées du tiers accompagnant :

ne peut pas se déplacer

Avez-vous d'autres observations à formuler ?

## PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

---

- Copie intégrale de l'acte de naissance de la personne à protéger (à demander à la Mairie du lieu de naissance).
- Certificat circonstancié rédigé par un médecin figurant sur la liste établie par le Procureur de la République, jointe au présent imprimé, attestant de la nécessité de la mesure.
- Autres documents (attestations de témoins...)

Si absence de certificat médical, merci d'en indiquer la raison :

**À transmettre selon l'adresse de la personne à protéger à :**

|  |  |
|--|--|
| Tribunal de Chambéry<br>73018 CHAMBERY CEDEX | Tribunal d'instance d'Albertville<br>Service civil du parquet<br>CS 10125<br>73208 ALBERTVILLE |
|--|--|

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature **(obligatoire)**