





**Et** (si la personne réside dans un autre lieu)

L'adresse de sa résidence (exemple : lieu d'hospitalisation, établissement d'accueil) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal | \_ \_ \_ \_ \_ | Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Date d'accueil : | \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ \_ \_ |

### Existence d'un mandat de protection future :

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, indiquer la raison :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Votre demande :

**Vous demandez au juge des tutelles de prononcer une :**

- habilitation familiale en vue d'assister le majeur pour certains actes précis
- habilitation familiale en vue de réaliser un ou plusieurs actes précis
- habilitation familiale générale
- sauvegarde de justice (temporaire)
- curatelle simple (assistance uniquement)
- curatelle renforcée (perception des revenus et paiement des factures)
- tutelle allégée (certains actes peuvent être faits par le majeur)
- tutelle : représentation de la personne à protéger

La mesure de protection doit concerner :

- le patrimoine et les biens du majeur à protéger
- la personne du majeur à protéger (décisions médicales, relations avec les tiers, voyages...)
- les biens et la personne du majeur





Son adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal | \_ \_ \_ \_ | Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : | \_ \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ \_ |

### Avis de la personne à protéger sur la mesure de protection :

La personne à protéger :

- est favorable à la mesure
- est opposée à la mesure
- n'a pas d'avis sur la mesure
- n'est pas en état de donner un avis, même non éclairé, sur la mesure
- n'est pas informée de votre demande

### Situation personnelle de la personne à protéger :

Concernant l'entourage de la personne à protéger, selon le cas :

- à votre connaissance, le majeur à protéger n'a pas de famille ou d'ami ;
- à votre connaissance, le majeur à protéger a une famille, un entourage, composé de :

NOM et Prénom	Lien (mère, fils, frère, cousin, amis, etc.)	Adresse	Relations habituelles avec la personne à protéger (oui/non)

### Concernant le médecin traitant de la personne à protéger :

A votre connaissance, la personne à protéger a-t-elle un médecin traitant ?  oui  non

Si oui, préciser :

Son nom et son prénom : \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

### L'audition du majeur à protéger par le juge :

#### Vous estimez que le majeur à protéger :

peut se déplacer et être entendu au tribunal

peut se déplacer et être entendu au tribunal, mais uniquement avec l'aide d'un tiers. En ce cas, précisez l'identité et les coordonnées de la personne qui peut l'accompagner au tribunal, sous réserve de l'accord du juge : \_\_\_\_\_

ne peut pas se déplacer au tribunal

A votre connaissance, **le majeur à protéger a-t-il un avocat habituel ?**  oui  non

Si oui, précisez ses coordonnées : \_\_\_\_\_

Le majeur à protéger souhaite-t-il être accompagné par cet avocat ?  oui  non

### Situation patrimoniale de la personne à protéger :

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

---

---

---

---

Quelle est la composition du patrimoine de la personne à protéger (comptes bancaires, placements, assurance-vie, biens immobiliers...)?

---

---

---

---

Une personne détient-elle des procurations sur les comptes de la personne à protéger ?

oui       non

Si oui, préciser :

Son nom et son prénom : \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Quelles sont les charges de la personne à protéger (loyers, impôts, charges de copropriété,...) ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Votre consentement à la transmission électronique des avis, récépissés, convocations**

Vous souhaitez consentir à la transmission électronique des avis, récépissés et convocations adressés par le greffe à une partie par tous moyens, par lettre simple ou par lettre recommandée.

Vous devez pour cela remplir le formulaire cerfa n° 15414 "Consentement à la transmission par voie électronique".

#### **ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) (prénom, nom) : \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

**Signature**

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires de ce formulaire.