



## Requête au juge des tutelles Demande d'ouverture d'une mesure de protection judiciaire d'un majeur

(Articles 425 et suivants du code civil, articles 1217 et suivants du code de procédure civile)

*Vous souhaitez obtenir la mise en place d'une mesure de protection judiciaire pour vous-même, votre conjoint, votre partenaire de PACS, votre concubin, un parent, un allié ou une personne avec laquelle vous entretenez des liens étroits et stables.*

Nous vous invitons à lire attentivement **la notice** avant de remplir ce **formulaire**.

Vous voudrez bien cocher les cases correspondant à votre situation, renseigner les rubriques qui s'y rapportent, joindre les pièces justificatives nécessaires, dater et signer ce formulaire.

### **Votre qualité, vous êtes :**

- le majeur à protéger
- son conjoint
- son concubin
- son partenaire de PACS
- un parent ou allié

Précisez (exemples : fils, sœur, etc.) : \_\_\_\_\_

- une personne entretenant des liens étroits et stables avec la personne à protéger

Précisez (exemples : ami, voisin, etc.) : \_\_\_\_\_

### **Votre identité :**

- Madame
- Monsieur

Votre nom (de famille) : \_\_\_\_\_

Votre nom d'époux / d'épouse : \_\_\_\_\_

Vos prénoms : \_\_\_\_\_

Votre date et lieu de naissance : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| à \_\_\_\_\_

Votre nationalité /vos nationalités : \_\_\_\_\_

Votre profession : \_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

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

Votre adresse électronique  
\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Votre numéro de téléphone: |\_\_\_\_\_|

### **Identité de la personne à protéger :**

Madame  Monsieur

Son nom de famille : \_\_\_\_\_

Son nom d'époux / d'épouse : \_\_\_\_\_

Ses prénoms : \_\_\_\_\_

Ses date et lieu de naissance : |\_\_\_\_\_| à \_\_\_\_\_

Sa nationalité/ ses nationalités : \_\_\_\_\_

Sa profession : \_\_\_\_\_

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

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

Son adresse électronique :  
\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone: |\_\_\_\_\_|

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

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

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

### **Situation personnelle de la personne à protéger :**

#### **Concernant l'entourage de la personne à protéger**

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 : \_\_\_\_\_

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

**Capacité du majeur à protéger à se déplacer et à être entendu 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 :

\_\_\_\_\_

ne peut pas se déplacer et doit être entendu chez lui ou au sein de l'établissement d'accueil

ne peut pas se déplacer et ne peut pas être entendu.

***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 : \_\_\_\_\_

Code postal  Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Quelles sont les charges de la personne à protéger ?

---

---

---

---

---

---

---

---

### **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, indiquez la raison :

---

---

---

---

### **Votre demande :**

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

sauvegarde de justice

curatelle simple

curatelle renforcée

tutelle

pour une période de \_\_\_\_\_ ans

**Précisez les motifs de la demande de protection** (indiquez ce qui justifie selon vous l'organisation d'une mesure de protection) :

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vous devez joindre à votre demande, sous peine d'irrecevabilité, un certificat médical circonstancié en application de l'article 431 du code civil et des articles 1218 et 1219 du code de procédure civile rédigé par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République attestant que la personne à protéger se trouve dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération médicalement constatée de ses facultés :

- mentales
- corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté.

**La personne à protéger a-t-elle désigné une ou plusieurs personnes pour la représenter ?**  oui  non

**Si oui, veuillez indiquer son identité :**

Vous-même

Madame  Monsieur

Son lien avec le majeur à protéger : \_\_\_\_\_

Son nom de famille : \_\_\_\_\_

Son nom d'époux / d'épouse : \_\_\_\_\_

Ses prénoms : \_\_\_\_\_

Sa date et son lieu de naissance : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| à \_\_\_\_\_

Sa nationalité/ses nationalités : \_\_\_\_\_

Sa profession : \_\_\_\_\_

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

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

Son adresse électronique : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone: |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Les parents du majeur à protéger, qui assument la charge matérielle et affective de leur enfant majeur, ont-ils désigné une ou plusieurs personnes pour le représenter ?**  oui  non

**Si oui, veuillez indiquer son identité :**

Vous-même

Madame  Monsieur

Son lien avec le majeur à protéger : \_\_\_\_\_

Son nom de famille : \_\_\_\_\_

Son nom d'époux / d'épouse : \_\_\_\_\_

Ses prénoms : \_\_\_\_\_

Sa date et son lieu de naissance : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| à \_\_\_\_\_

Sa nationalité/ses nationalités : \_\_\_\_\_

Sa profession : \_\_\_\_\_

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

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

Son adresse électronique : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone : |\_\_\_\_\_|

**Quelle est la personne que vous estimez la plus compétente pour représenter la personne à protéger :**

Vous-même

La personne désignée par le majeur à protéger ci-dessus visée

La personne désignée par les parents du majeur à protéger ci-dessus visée

Madame

Monsieur

Son lien avec le majeur à protéger : \_\_\_\_\_

Son nom de famille : \_\_\_\_\_

Son nom d'époux / d'épouse : \_\_\_\_\_

Ses prénoms : \_\_\_\_\_

Sa date et son lieu de naissance : |\_\_\_\_\_| à \_\_\_\_\_

Sa nationalité/ses nationalités : \_\_\_\_\_

Sa profession : \_\_\_\_\_

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

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

Son adresse électronique : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Son 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

***Votre consentement concernant la transmission par voie électronique des avis adressés par le greffe du tribunal :***

J'accepte que les avis utiles à la présente procédure me soient adressés par le greffe de la juridiction au moyen d'un courrier électronique à l'adresse suivante :

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Je suis informé que mon consentement **peut être révoqué à tout moment** (par déclaration orale au greffe de la juridiction saisie ou par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au même service).

J'ai bien noté qu'en cas de demande de révocation par lettre recommandée avec accusé de réception, ma révocation prendra effet à compter de la réception du courrier par le greffe.

J'ai bien noté que je dois signaler au service saisi de mon affaire tout changement d'adresse de messagerie.

J'ai bien noté que je dois signaler au même service toute circonstance ne me permettant pas de consulter ma messagerie électronique de manière durable. Dans ce cas, **je sais qu'il m'est recommandé de révoquer mon consentement.**

*Article 748-8 du CPC : Par dérogation aux dispositions du présent titre, lorsqu'il est prévu qu'un avis est adressé par le greffe à une partie par tous moyens, il peut lui être envoyé au moyen d'un courrier électronique ou d'un message écrit, transmis, selon le cas, à l'adresse électronique ou au numéro de téléphone qu'elle a préalablement déclaré à cette fin à la juridiction.*

*Cette déclaration préalable mentionne le consentement de cette partie à l'utilisation de la voie électronique ou du message écrit transmis au numéro de téléphone, pour les avis du greffe transmis dans l'instance en cours, à charge pour elle de signaler toute modification de son adresse électronique ou de son numéro de téléphone. **Ce consentement peut être révoqué à tout moment.\****

\* En cas de demande de révocation, vous pouvez télécharger et imprimer le formulaire de « Consentement à la transmission par voie électronique des avis du greffe » dans l'onglet droit et démarche formulaire pour les particuliers, action en justice (<http://www.vos-droits.justice.gouv.fr/>) ou retirer ce formulaire au greffe de la juridiction que vous avez saisie. Ce formulaire, téléchargé et rempli par vos soins, pourra être déposé au greffe ou adressé au greffe par lettre recommandée avec accusé de réception.

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ 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.**