

REQUÊTE AU JUGE DES TUTELLES

RENOUVELLEMENT DE LA MESURE DE PROTECTION

(Annexe 3)

Je soussigné(e) :

PERSONNE PRÉSENTANT LA REQUÊTE :

Prénom et NOM :

Adresse :

Téléphone :

J'ai l'honneur d'exposer que:

JE SUIS ACTUELLEMENT le Tuteur Curateur Curateur renforcé **DE**

Monsieur Madame Mademoiselle

Prénom et NOM :

Préciser le nom d'épouse (éventuellement):

Il m'apparaît que :

La mesure de protection actuelle :

Est adaptée, concernant ses effets, aux besoins et à l'état de la personne protégée

Doit être allégée ou levée

Doit être renforcée dans ses effets *

L'audition de la personne protégée par le juge :

Est utile et peut se faire au tribunal

Est utile mais doit se faire sur le lieu de vie de la personne protégée

Est inutile car la personne protégée est incapable de répondre à des questions même très simples *

Est dangereuse au regard de l'état de santé ou de la personnalité de la personne protégée *

** Dans ces cas, il est nécessaire de faire examiner la personne protégée par un médecin inscrit sur la liste du procureur de la République, seul le certificat médical d'un médecin habilité permettant le renforcement de la mesure de protection, sa prolongation pour une durée supérieure et/ou la non-audition de la personne protégée par le juge des tutelles.*

Je souhaite :

Continuer à exercer la mesure de protection

Être remplacé(e) dans l'exercice de la gestion par :

Une personne de l'entourage de la personne protégée, à savoir :

- Prénom et NOM :

- Adresse :

- Téléphone :

- Lien par rapport à la personne protégée :

Une personne extérieure ou une association choisie par le juge

Je vous indique que :

Je souhaite être entendu(e) par le juge concernant le renouvellement de la mesure

Je ne souhaite pas être entendu(e) par le juge concernant le renouvellement de la mesure

Je suis à la disposition du juge pour le rencontrer et discuter de la mesure de protection

Fait à le

Signature :

**CERTIFICAT MÉDICAL AUX FINS DE RENOUELEMENT
D'UNE MESURE DE TUTELLE OU CURATELLE
(Annexe 2)**

Nom et prénom du majeur protégé :

Date et lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Mesure de protection actuelle :

① Le majeur protégé présente-t-il toujours une altération de ses facultés mentales et/ou corporelles?

OUI

NON

Préciser impérativement comment se caractérise cette altération

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

② La mesure actuellement en cours, à savoir curatelle (aide ou assistance à la gestion) ou tutelle (représentation dans tous les actes de la vie civile) vous semble-t-elle adaptée à l'état de santé du majeur protégé?

OUI

NON

Un renforcement apparaît nécessaire

Un allègement apparaît nécessaire

Une mainlevée apparaît nécessaire

③ Avez-vous constaté une aggravation de son état de santé?

OUI

NON

④ Dans l'affirmative, l'altération des facultés personnelles constatées apparaît-elle manifestement non susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises de la science ?

OUI

NON

⑤ L'audition du majeur protégé par le juge des tutelles est-elle de nature à porter atteinte à sa santé?

OUI

NON

⑥ La personne protégée est-elle en mesure de répondre de façon compréhensible aux questions simples qui lui sont posées

OUI

NON

⑦ L'audition de la personne protégée peut elle avoir lieu au tribunal d'instance ou le juge doit-il se transporter à domicile?

Au Tribunal d'instance

A domicile

⑧ Le majeur protégé est il en état d'exercer son droit de vote?

OUI

NON

Fait à
Le

Signature et cachet ou coordonnées du médecin