



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

REQUÊTE PRÉSENTÉE AU JUGE DES TUTELLES

JE SOUSSIGNÉ(E)

NOM et prénoms :

Né(e) le :

à :

profession :

domicile :

tél :

AI L'HONNEUR DE VOUS EXPOSER QUE :

NOM et prénoms :

nom de jeune fille :

lien de parenté :

né(e) le :

à :

fils ou fille de :

et de :

profession :

domicile :

tél :

célibataire mari(é) en concubinage veuf(ve) divorcé(e) séparé(e)

MESURE DE PROTECTION SOLLICITÉE

La personne visée ci-dessus, en raison d'une altération, médicalement constatées, soit de ses facultés corporelles, soit de ses facultés mentales :

a besoin d'une protection juridique temporaire ou d'être représenté(e) pour l'accomplissement de certains actes déterminés (**SAUVEGARDE DE JUSTICE**)

se trouve dans l'impossibilité d'agir personnellement et a besoin d'être représenté(e) d'une manière continue dans les actes de la vie courante (**TUTELLE**)

L'altération de ses facultés a été constatée par son médecin traitant habituel, le docteur.....ainsi que cela ressort du certificat médical ci-joint.
J'ai également saisi le docteur.....médecin spécialiste inscrit sur la liste établie par monsieur le procureur de la République, chargé de constater l'état de ses facultés, en vertu de l'article 493-1 du code civil, aux fins de délivrance du certificat détaillé de son examen.

PERSONNE SUSCEPTIBLE DE SE CHARGER DES FONCTIONS DE TUTEUR, DE CURATEUR, DE MANDATAIRE OU DE PERSONNE HABILITÉE :

NOM : _____

prénoms : _____

né(e) le : _____

à : _____

profession : _____

domicile : _____

téléphone : _____

lien de parenté : _____

LES PLUS PROCHES PARENTS ET AMIS (NOM, prénoms, date et lieu de naissance, profession, lien de parenté et adresse)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

RENSEIGNEMENTS EN MA POSSESSION SUR LES REVENUS ET LES BIENS DE L'INTÉRESSÉ(E) :

Revenus annuels (retraites, pensions de réversion, intérêts des comptes de placement, assurances vie...) :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Dépenses annuelles (maison de retraite, loyers, impôts...) :

- _____
- _____
- _____

Patrimoine (bien immobilier, comptes de placements, assurances vie, ...) :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Fait à

le
Signature,

PIÈCES À JOINDRE

- certificat médical circonstancié d'un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République**
- acte de naissance intégral de la personne à protéger et du requérant
- copie du livret de famille de la personne à protéger
- contrat de mariage
- autre : pour l'habilitation familiale, l'accord écrit de l'ensemble des proches