



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

## Requête en vue de l'ouverture d'une mesure de protection

(à compléter lisiblement en lettres majuscules et à retourner à l'adresse ci-dessous après consultation du médecin)

### Identité de la personne concernée par la demande

NOM (de naissance) : \_\_\_\_\_  
NOM d'épouse / veuve / divorcée le cas échéant : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Née le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Situation maritale :  célibataire  séparé(e) / divorcé(e)  
 marié(e) / PACSé(e) sous le régime de \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Domicile : \_\_\_\_\_  
Lieu de résidence ou d'hospitalisation (si différent du domicile) : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_  Accepte d'être contacté par mail \*  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### Identité du requérant (si différent de la personne concernée par la demande)

NOM : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Née le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_  Accepte d'être contacté par mail \*  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec la personne à protéger (conjoint, père ou mère, fils ou fille, frère ou sœur, autre à préciser) : \_\_\_\_\_

### Votre requête

Expliquez les raisons de votre demande (décrivez l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne concernée par la requête l'empêchant de pourvoir seule à ses intérêts) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La demande est-elle justifiée par la perspective prochaine d'un acte particulier à réaliser (vente d'un bien immobilier, succession en cours à finaliser, démarches administratives pour un placement en institution...)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### \* L'entourage de la personne à protéger :

Coordonnées du médecin traitant : \_\_\_\_\_

### TRIBUNAL JUDICIAIRE

15 rue du Père Brottier  
B.P. 1805  
41018 BLOIS CEDEX  
Tel. : 02.54.56.26.07  
Fax : 02.54.56.26.40

Version actualisée au 01/01/2020

NOM et Prénom	Âge	Lien (mère /père, enfant, frère /sœur, ami ...)	Adresse (adresse postale et adresse mail)	Proche du majeur (oui /non)

\* **La situation patrimoniale et financières de la personne à protéger :**

- Ressources mensuelles (montant et nature) :	- Charges courantes:
Aide sociale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- Avoirs bancaires (épargne) :	- Dettes éventuelles :
Patrimoine immobilier : _____	
_____	
_____	
_____	

Qui gère actuellement les affaires de la personne concernée par la demande ? \_\_\_\_\_

Existe-t-il des procurations sur les comptes bancaires ?

Non  Oui *précisez le nom de la (les) personne(s) désignées* \_\_\_\_\_

\* **Sur la nature de la mesure qui doit être prononcée :**

La personne à protéger :  est favorable à la mesure

est opposée à la mesure

n'a pas d'avis ou n'est pas en état de porter un avis, même éclairé, sur la mesure

Vous estimez que la personne concernée par la demande a besoin, en raison d'une altération de ses facultés mentales ou corporelles médicalement constatée, a besoin :

d'une **protection juridique temporaire** pour l'accomplissement de certains actes déterminés (sauvegarde de justice)

**TRIBUNAL JUDICIAIRE**

15 rue du Père Brottier  
B.P. 1805  
41018 BLOIS CEDEX  
Tel. : 02.54.56.26.07  
Fax : 02.54.56.26.40

Version actualisée au 01/01/2020

- d'être **conseillée ou contrôlée** dans les actes importants de la vie courantes (curatelle /curatelle renforcée)
- d'être **représentée** de manière continue dans les actes de la vie courante (tutelle)

Observations particulières sur la situation de la personne à protéger : \_\_\_\_\_

L'état de la personne à protéger lui permet-il

- d'être utilement entendue par le juge des tutelles ?  Oui  Non
- de se déplacer au tribunal (*le tribunal dispose d'un accès handicapé*) ?  Oui  Non

**/!\ ATTENTION :** les mesures de protection sont réservées aux personnes **qu'une altération de leurs facultés personnelles empêche de pourvoir seules à leurs intérêts**. La présente requête **doit donc être accompagnée d'un certificat médical d'un médecin inscrit sur la liste** jointe. A défaut de ce document, la requête sera irrecevable et le juge des tutelles ne pourra pas la traiter. Il la transmettra au Procureur de la République qui l'examinera.

En conséquence, merci d'indiquer :

- le nom du médecin inscrit sur la liste et la date de consultation : \_\_\_\_\_
- si le rapport médical est :  joint à la requête
- OU  transmis directement par le médecin au tribunal

**N.B. Si la personne à protéger ou vous-même n'êtes pas en mesure de financer le coût du certificat médical du médecin inscrit (160,00 euros au plus), vous devez adresser votre requête au Procureur de la République à l'adresse suivante : Tribunal judiciaire - 1, place de la République 41018 BLOIS CEDEX. Le Procureur de la République appréciera la suite à donner.**

\* **Sur la/les personne(s) en charge de la mesure de protection :**

La personne à protéger a-t-elle désigné une ou plusieurs personnes pour la représenter ou l'assister ?

- Oui Merci de préciser son identité : \_\_\_\_\_  
et ses coordonnées : \_\_\_\_\_
- Non

La loi considère que l'exercice des mesures de protection constitue un devoir des familles : le juge des tutelles doit privilégier un membre de la famille ou un proche du majeur. Le recours à un professionnel (mandataire judiciaire à la protection des majeurs) doit rester exceptionnel.

Par ailleurs, le juge des tutelles est incité à examiner la **possibilité de désigner plusieurs personnes pour exercer la mesure, afin d'éviter des frais de contrôle des comptes de gestion mis à la charge de la personne protégée**.

Compte tenu de ces précisions, merci d'indiquer le nom du/des membre(s) de la famille ou de proche(s) susceptible(s) d'exercer la mesure de protection si elle est instituée. Préciser les nom, prénom, adresse (postale et mail) et lien avec la personne à protéger : \_\_\_\_\_

#### **TRIBUNAL JUDICIAIRE**

15 rue du Père Brottier  
B.P. 1805  
41018 BLOIS CEDEX  
Tel. : 02.54.56.26.07  
Fax : 02.54.56.26.40

Version actualisée au 01/01/2020

**\* Autres observations :**

---

---

---

***Éléments de procédure :***

\* 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", notamment disponible sur le site du CDAD.

**\* Autres pièces à fournir impérativement :**

- la **copie intégrale** de l'acte de naissance de la personne à protéger
- la **copie** du livret de famille

<p><i>Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Fait à : _____ le : _____</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Signature :</i></p>
---

<p><b>Votre requête est à retourner à l'adresse suivante :</b> Service de la protection des majeurs du Tribunal judiciaire : 15, rue du Père Brottier - 41018 BLOIS CEDEX</p> <p>En cas de difficulté ou pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez également :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nous contacter au 02.54.56.26.07 (de 08h30 à 12h00) - et à l'adresse mail suivante : <a href="mailto:tutelles.tj-blois@justice.fr">tutelles.tj-blois@justice.fr</a></li><li>- Consulter le site internet du Conseil départemental de l'accès au droit du Loir et Cher, sur lequel vous trouverez différents éléments explicatifs ainsi que des formulaires de requête type : <a href="https://www.cdad41.org/pages/mesures-de-protection-tutelle-curatelle/">https://www.cdad41.org/pages/mesures-de-protection-tutelle-curatelle/</a></li></ul>
---

A réception de l'**ensemble des pièces** (requête, certificat médical du médecin habilité, acte de naissance), **vous serez convoqué avec la personne concernée par la requête** et les personnes éventuellement candidates pour prendre en charge la mesure de protection.

En application de l'article 432 du Code civil, la personne concernée par la requête peut se faire accompagner d'un avocat ou de toute autre personne de son choix sous réserve de l'accord du juge des tutelles.

**TRIBUNAL JUDICIAIRE**

15 rue du Père Brottier  
B.P. 1805  
41018 BLOIS CEDEX  
Tel. : 02.54.56.26.07  
Fax : 02.54.56.26.40

Version actualisée au 01/01/2020

**LISTE DES MEDECINS INSCRITS SUR LA LISTE DU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE  
DU TRIBUNAL JUDICIAIRE DE BLOIS**

Nom des médecins	Adresse	Téléphone
Eric BOISSICAT	Centre hospitalier 24, mail Pierre Charlot 41016 <b>BLOIS</b> CEDEX	02.54.55.60.44 02.54.55.66.33
Dominique DUREUIL	Hôpital de <b>SELLES SUR CHER</b> 41130 EHPAD de <b>SALBRIS</b> 41300	06.11.96.74.66 02.54.83.30.08
Jean-François DURIOR	Centre hospitalier 96, rue Capucins 41200 <b>ROMORANTIN-LANTHENAY</b>	02.54.88.33.00 02.54.76.99.42
François ESSABIR	Centre hospitalier 24, mail Pierre Charlot 41016 <b>BLOIS</b> CEDEX	02.54.55.60.44 02.54.55.69.61 06.34.45.39.36
Bruno HARNOIS	22, faubourg Saint Roch 41200 <b>ROMORANTIN-LANTHENAY</b>	02.54.88.23.50 06.11.72.24.42
Joël LACOSTE	9 bis, rue des Mées 41220 <b>SAINT LAURENT NOUAN</b>	02.54.81.45.00
Pascal LEROY	Hôpital de <b>SAINT AIGNAN</b> 41110 Hôpital de <b>MONTRICHARD</b> 41400	02.54.71.20.00
Jean-Pierre MARY	Centre André Gibotteau 107, boulevard Kennedy 41100 <b>VENDOME</b>	02.54.23.33.91 02.54.23.33.33
Bernard RIGAUDIERE	19, rue du Palais 41100 <b>BLOIS</b>	02.54.78.60.37
Denis SAUDEAU	Centre hospitalier 24, mail Pierre Charlot 41016 <b>BLOIS</b> CEDEX	02.54.55.64.95
Patrick SEYS	Cabinet médical 1, route de St Léonard 41370 <b>MARCHENOIR</b>	02.54.20.50.26
Jean-Hugues VET	33, route de Chambord 41350 <b>MONTLIVAUT</b>	02.54.20.55.53

**TRIBUNAL JUDICIAIRE**

15 rue du Père Brottier  
B.P. 1805  
41018 BLOIS CEDEX  
Tel. : 02.54.56.26.07  
Fax : 02.54.56.26.40

Version actualisée au 01/01/2020