



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

## Requête en vue du réexamen 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 protégée

NOM (de naissance) : \_\_\_\_\_

NOM d'épouse / veuve / divorcée le cas échéant : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Née le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Situation maritale :  célibataire  séparé(e) / divorcé(e)  
 marié(e) / PACSé(e) sous le régime de \_\_\_\_\_

Jugement en date du : \_\_\_\_\_

Nature de la mesure :  sauvegarde de justice  curatelle simple  curatelle renforcée  
 tutelle  habilitation familiale

### Identité du représentant légal (tuteur, curateur, personne habilitée, mandataire)

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_  Accepte d'être contacté par mail \*

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_  Accepte d'être contacté par mail \*

### Votre requête

Dans le cadre du réexamen de la mesure de protection initiale et en fonction de l'état de santé de la personne protégée (qui devra être justifié par la production d'un certificat médical établi à son nom), vous sollicitez (cochez la case correspondante) :

Merci d'indiquer le nom du médecin inscrit sur la liste que vous avez consulté ( \_\_\_\_\_ ) ainsi que la date de la consultation ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ) et de préciser si :

- le certificat médical est joint à la requête ;
- le certificat médical est transmis directement au Tribunal par le médecin.

### 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

Choix		Type de certificat médical à <u>joindre</u> <u>obligatoirement</u>
<input type="checkbox"/>	Le maintien de la mesure pour une durée limitée à 5 ans maximum <sup>1</sup>	Avis circonstancié rédigé par <b>tout médecin de votre choix (médecin traitant ou spécialiste)</b>
<input type="checkbox"/>	Le maintien de la mesure pour une durée supérieure à 5 ans <sup>2</sup>	Certificat médical circonstancié d'un <b>médecin inscrit</b> (liste jointe)
<input type="checkbox"/>	L'allègement de la mesure	Avis circonstancié rédigé par <b>tout médecin de votre choix (médecin traitant ou spécialiste)</b>
<input type="checkbox"/>	La mainlevée de la mesure	Avis circonstancié rédigé par <b>tout médecin de votre choix (médecin traitant ou spécialiste)</b>
<input type="checkbox"/>	Le renforcement de la mesure	Certificat médical circonstancié d'un <b>médecin inscrit</b> (liste jointe)
<input type="checkbox"/>	La conversion de la mesure en habilitation familiale <sup>3</sup>	Certificat médical circonstancié d'un <b>médecin inscrit</b> (liste jointe)

Merci d'indiquer les raisons de votre choix :

---



---



---



---



---



---



---



---

\* **Entourage du majeur protégé :**

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

<sup>1</sup> Nécessité de statuer à nouveau à l'issue du délai fixé par le jugement de renouvellement (05 ans maximum)

<sup>2</sup> Possible en raison du caractère définitif du handicap du majeur protégé (l'altération de ses facultés mentales « n'apparaît manifestement pas susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises de la science. »)

<sup>3</sup> L'habilitation familiale suppose que la personne protégée soit 1°/ dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté **ET** 2°/ qu'il y ait une bonne entente familiale.

**TRIBUNAL JUDICIAIRE**

**\* Avis du majeur protégé sur la mesure de protection :**

- favorable à la mesure et à son renouvellement
- opposé à la mesure et à son renouvellement
- n'a pas d'avis ou n'est pas en état de porter un avis, même non éclairé, sur la mesure et son renouvellement

**\* Etes-vous d'accord pour continuer à prendre en charge la mesure ?**

- Oui
- Non *dans ce cas, merci d'indiquer les coordonnées de membres de la famille ou de proches susceptibles d'exercer la mesure :*

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

Par ailleurs, les réformes législatives intervenues depuis la mise en place de la mesure de protection conduisent les juges des tutelles 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. Dès lors, merci d'indiquer si vous êtes d'accord pour exercer la mesure avec une ou plusieurs autres personnes

- Non
- Oui, *dans ce cas merci d'indiquer les coordonnées de membres de la famille ou de proches susceptibles d'exercer la mesure avec vous :*

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**\* L'état du majeur protégé lui permet-il :**

- \* d'être utilement entendu par le juge des tutelles ?  oui  Non
- \* de se déplacer au tribunal ?  oui  Non

**\* Autres observations :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**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

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

Vous souhaitez consentir à la transmission électronique des avis, réceptionnés 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" (disponible sur le site du CDAD).

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Signature éventuelle du co-curateur/ co-tuteur :**

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Pour tout renseignement complémentaire ou en cas de difficulté (notamment en cas de désaccord entre vous et le majeur) vous pouvez :**

- Contacter le Service de la protection des majeurs du Tribunal judiciaire (de 08h30 à 12h00) :  
15, rue du Père Brottier - 41000 BLOIS ; Tél. : 02.54.56.26.07

[tutelles.tj-blois@justice.fr](mailto:tutelles.tj-blois@justice.fr)

- Contacter le service d'aide aux tuteurs familiaux de l'UDAF du Loir et Cher :  
45, avenue du Maréchal Maunoury - 41000 BLOIS ; Tél. : 02 54 90 23 45

- 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 :

<https://www.cdad41.org/pages/mesures-de-protection-tutelle-curatelle/>

### **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

**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