

## Requête en vue d'une protection juridique d'un majeur (habilitation familiale ou protection judiciaire)

(Articles 425, 494-1 et suivants du code civil, articles 1217 et suivants du code de procédure civile)

Vous souhaitez obtenir une protection juridique 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.

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, 1219 et 1260-3 du code de procédure civile rédigé par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République.

**Nous vous invitons à lire attentivement la notice n° 52257 avant de remplir ce formulaire.**

### Votre requête :

**Votre requête concerne une demande pour (possibilité de cocher les deux cases) :**

- une habilitation familiale  la protection judiciaire d'un majeur

### Votre qualité, vous êtes :

le majeur à protéger

son conjoint

son concubin

son partenaire de PACS

Si la communauté de vie a cessé, précisez la date : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

un ascendant, descendant, frère ou sœur

un autre parent ou allié

Précisez (exemples : neveu, belle-fille, beau-frère... : attention ces personnes ne peuvent être habilitées à assister ou représenter le majeur dans le cadre d'une habilitation familiale) : \_\_\_\_\_

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

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

la personne qui exerce déjà une mesure de protection juridique à l'égard du majeur concerné  
Précisez (exemples : personne habilitée en justice, curateur, etc) : \_\_\_\_\_

## Votre identité et vos coordonnées :

Madame

Monsieur

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

Votre nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : \_\_\_\_\_

Vos prénoms : \_\_\_\_\_

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

Votre (ou vos) nationalité(s) : \_\_\_\_\_

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

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

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Pays : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## Identité et coordonnées de la personne à protéger :

Madame

Monsieur

Son nom de famille (nom de naissance) : \_\_\_\_\_

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : \_\_\_\_\_

Ses prénoms : \_\_\_\_\_

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

Sa (ou ses) nationalité(s) : \_\_\_\_\_

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

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

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Pays : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Pays : \_\_\_\_\_

Date d'accueil : | \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ \_ \_ |

### 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, indiquer la raison :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Votre demande :

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

- habilitation familiale en vue d'assister le majeur pour certains actes précis
- habilitation familiale en vue de réaliser un ou plusieurs actes précis
- habilitation familiale générale
- sauvegarde de justice (temporaire)
- curatelle simple (assistance uniquement)
- curatelle renforcée (perception des revenus et paiement des factures)
- tutelle allégée (certains actes peuvent être faits par le majeur)
- tutelle : représentation de la personne à protéger

La mesure de protection doit concerner :

- le patrimoine et les biens du majeur à protéger
- la personne du majeur à protéger (décisions médicales, relations avec les tiers, voyages...)
- les biens et la personne du majeur

**Précisez les motifs de la demande de protection** (indiquez ce qui justifie selon vous l'organisation d'une mesure de protection ou le prononcé d'une habilitation familiale. Indiquez les procurations et mandats existants) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Précisez les actes urgents à réaliser (vente d'un bien immobilier, signature d'un contrat de séjour en établissement) ou prévisibles dans le délai d'une année :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Existe-t-il une situation de danger pour le majeur à protéger ?**     oui     non

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

oui     non

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

Vous-même

Madame                       Monsieur

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

Son nom de famille (nom de naissance) : \_\_\_\_\_

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : \_\_\_\_\_

Ses prénoms : \_\_\_\_\_

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

à \_\_\_\_\_

Sa (ou ses) nationalité(s) : \_\_\_\_\_

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

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

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Pays : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

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/leur identité :**

Vous-même

Madame                       Monsieur

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

Son nom de famille (nom de naissance) : \_\_\_\_\_

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : \_\_\_\_\_

Ses prénoms : \_\_\_\_\_

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

à \_\_\_\_\_

Sa (ou ses) nationalité(s) : \_\_\_\_\_

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

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

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Pays : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

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 (nom de naissance) : \_\_\_\_\_

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : \_\_\_\_\_

Ses prénoms : \_\_\_\_\_

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

à \_\_\_\_\_

Sa (ou ses) nationalité(s) : \_\_\_\_\_

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

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

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Pays : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

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

### Situation personnelle de la personne à protéger :

Concernant l'entourage de la personne à protéger, selon le cas :

- 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 : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Pays : \_\_\_\_\_

### L'audition du majeur à protéger 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, sous réserve de l'accord du juge : \_\_\_\_\_

ne peut pas se déplacer au tribunal

A votre connaissance, **le majeur à protéger a-t-il un avocat habituel ?**  oui  non

Si oui, précisez ses coordonnées : \_\_\_\_\_

Le majeur à protéger souhaite-t-il être accompagné par cet avocat ?  oui  non

### 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 : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Pays : \_\_\_\_\_

Quelles sont les charges de la personne à protéger (loyers, impôts, charges de copropriété,...) ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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".

#### **ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) (prénom, nom) : \_\_\_\_\_

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.