

Tribunal d'instance de Besançon

1 rue Mégevand

25 014 BESANÇON

Tél. : 03 81 65 13 83

Fax : 03 81 65 19 06

Adresse mail: tutelles.ti-besancon@justice.fr

REQUÊTE EN VUE DE LA REVISION D'UNE MESURE DE PROTECTION

Identité du requérant :

Nom :

Prénoms :

Profession :

Date de naissance :

Domicile :

.....

Numéro de téléphone :

Adresse mail:

Lien (parenté...) avec la personne protégée

Agissant en qualité de :

mandataire spécial dans le cadre d'une mesure de sauvegarde de justice

curateur dans le cadre d'une curatelle simple

curateur dans le cadre d'une curatelle renforcée

tuteur

Identité de la personne protégée :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Concubin Pacsé(e) Veuf(ve)

Divorcé(e) Séparé(e)

Profession :

Date et lieu de naissance :

Domicile habituel :

Numéro de téléphone :

Lieu de résidence ou d'hospitalisation (si différent du domicile) :

.....

Nom et coordonnées du notaire de famille (le cas échéant):

.....

Nom et coordonnées du médecin traitant de la personne:

.....

Date du jugement ouvrant la mesure de protection:

La personne visée ci-dessus, 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 :

a besoin d'un renouvellement de la mesure actuelle

a besoin d'une mainlevée de la mesure actuelle

a besoin d'un allègement de la mesure actuelle

Dans ce cas, précisez la mesure qui apparaîtrait davantage adaptée :

.....

a besoin d'une aggravation de la mesure actuelle

Dans ce cas, précisez la mesure qui apparaîtrait davantage adaptée :

.....

Identité et coordonnées des proches et des personnes manifestant de l'intérêt à la personne protégée (préciser les nom, prénom, âge, adresse, lien de parenté) :

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

Souhaitez-vous continuer à exercer la mesure de protection ?

oui non

Si non, indiquer la personne susceptible de se charger des fonctions de tuteur / curateur / mandataire spécial à votre place:

Nom :
Prénoms :
Profession :
Date de naissance :
Domicile :
Numéro de téléphone :
Adresse mail :
Lien de parenté avec la personne protégée :

A votre avis, la personne protégée peut-elle être entendue par le juge des tutelles ?

oui non

Nom du médecin que vous avez consulté pour la révision de la mesure de protection:

.....
.....

Il s'agit :

- du médecin traitant de la personne protégée
- d'un médecin inscrit sur la liste du procureur de la République

Attention, le certificat d'un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République (liste disponible au greffe du tribunal d'instance) est obligatoire pour renforcer la mesure de protection, pour renouveler la mesure pour une durée supérieure à cinq ans, ou si le juge ne peut pas entendre la personne protégée ; les honoraires de ce médecin sont fixés par un décret n° 2008-1485 du 22 décembre 2008 à la somme de 160 €

Préciser si le rapport doit être transmis au Tribunal d'Instance directement par le médecin ou s'il est joint à la présente requête :

- Rapport médical joint à la requête
- Rapport médical transmis directement au Tribunal par le médecin

Fait à le

Signature(s)