



TRIBUNAL D'INSTANCE de MAMOUDZOU  
BP 704 ZI Kawéni  
97600 MAMOUDZOU

GREFFE DETACHE DE SADA  
A côté de la Mairie  
97640 SADA

## REQUETE EN VUE DE L'OUVERTURE D'UNE MESURE DE PROTECTION (MAJEURS UNIQUEMENT)

### Pièces à fournir :

- Remplir le formulaire de demande joint (dater et signer)  
A retourner aux adresses ci-dessous (compétence territoriale selon domicile du majeur à protéger)
- Photocopies des pièces d'identité de la personne à protéger et de la personne demandant la mesure de protection
- Copie intégrale de l'acte de naissance (moins de trois mois) de la personne à protéger
- Justificatif de domicile (adresse complète) de la personne à protéger et de la personne demandant la mesure de protection
- Certificat médical d'un médecin inscrit sur la liste établie par le Procureur de la République (cf. liste jointe)

# REQUÊTE

## *Identité de la personne concernée par la mesure :*

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

SITUATION DE FAMILLE :    célibataire                    pacsé(e)                    concubinage  
   marié(e)                    veuf(ve)                    divorcé/séparé(e)

TELEPHONE :

ADRESSE COMPLETE :

MAITRISE DU FRANCAIS :    OUI            NON

Si NON, précisez la langue ou le dialecte parlé :

Son état de santé lui permet-il :

d'être entendu par le juge des tutelles :                    OUI            NON

de se déplacer au tribunal :                    OUI            NON

Si Non, précisez la raison :

## *Identité du requérant (si différent de la personne concernée par la mesure) :*

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

TELEPHONE :

ADRESSE COMPLETE :

LIEN DE PARENTÉ AVEC LA PERSONNE A PROTEGER :

                         conjoint                    père ou mère                    fils ou fille                    frère ou soeur

                         autres (à préciser) :

MAITRISE DU FRANCAIS :    OUI            NON

Si NON, précisez la langue ou le dialecte parlé :

**Situation de la personne à protéger :**

**Situation personnelle, composition de la famille** (préciser les noms, prénoms, âges, adresses complètes, y compris lorsque les personnes ne résident pas sur le territoire mahorais, et téléphones) :

PERE/MERE :

CONJOINT :

FRERES/SOEURS :

ENFANTS :

**Situation patrimoniale :**

Revenus : OUI NON

Si OUI, préciser la nature et le montant :

Dettes : OUI NON

Si OUI, préciser la nature et le montant

Compte bancaire : OUI NON

Si OUI, préciser le nom de l'établissement et s'il existe des procurations :

Patrimoine immobilier : OUI NON

Si OUI, préciser l'adresse, si le majeur à protéger y réside toujours et qui en a la gestion :

**Motifs de la requête :**

**Décrivez la situation actuelle de la personne à protéger et les raisons qui vous ont amené à solliciter l'ouverture d'une mesure de protection :**

**Indiquer l'institution qui vous a orienté vers le juge des tutelles :**

MPH/CAF

BANQUE

ASSISTANTE SOCIALE

CDAD/Tribunal

AUTRES (précisez) :

**Votre démarche est-elle justifiée par la perspective prochaine d'un acte urgent (ouverture compte bancaire, vente bien immobilier, démarches administratives, succession à finaliser, etc) :**

OUI

NON

Si OUI, préciser la démarche urgente :

*Candidats éventuels pour exercer la mesure de protection*

Accepteriez-vous d'être désigné mandataire spécial/curateur/tuteur :

OUI      NON

Si OUI, préciser vos motivations :

Si NON, indiquer, si vous le pouvez, la personne qui vous paraît la plus apte à s'occuper de l'intéressé :

NOM :

PRENOM :

LIEN AVEC LA PERSONNE A PROTEGER :

TELEPHONE :

ADRESSE COMPLETE :

Accepteriez-vous qu'un mandataire judiciaire à la protection des personnes (un professionnel) soit désigné :

OUI      NON

Fait à :

Le :

Signature :

**CERTIFICAT MEDICAL CIRCONSTANCIÉ**

**EN VUE DE L'OUVERTURE D'UNE MESURE DE PROTECTION**

Je soussigné(e), Docteur .....  
Inscrit sur la liste du procureur de la République de .....  
atteste avoir examiné le ...../...../.....

Madame / Monsieur (Nom Prénom) : .....  
Né(e) le ...../...../..... à : .....  
Demeurant : .....

**Examen réalisé :**

- au domicile de l'intéressé
- au cabinet du médecin
- en établissement (précisez) .....
- en présence de (précisez le cas échéant).....

**A la demande de :**

- l'intéressé
- le procureur de la République
- un proche (précisez) .....
- autre (précisez) .....

**Avez-vous procédé à des investigations autres que l'examen médical ?**

- Non
- Oui (précisez : échanges avec des membres de la famille - des proches - le médecin traitant - consultation du dossier médical, etc)

**ALTERATION DES FACULTÉS DE LA PERSONNE EXAMINÉE**

**La personne souffre-t-elle d'une altération de ses facultés mentales et/ou corporelles ?**

*(NB : En l'absence de description de l'altération des facultés, aucune mesure de protection ne pourra légalement être prononcée par le juge des tutelles)*

- Non
- Oui (décrivez avec précision la nature de l'altération des facultés, en mentionnant éventuellement la teneur et les résultats des tests médicaux réalisés) :
  - ⇒ mentales : .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....

6

corporelles : .....

Cette altération des facultés corporelles est-elle de nature à empêcher la personne d'exprimer sa volonté ? .....

Quelles sont la ou les causes de cette altération des facultés ?

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

Cette altération est-elle, en l'état des données acquises des connaissances médicales :

- susceptible d'amélioration ?
- manifestement insusceptible de connaître une amélioration ?

La personne examinée peut-elle :

- |  |                              |  |                              |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| - Comprendre ses interlocuteurs ?          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Exprimer sa volonté ?                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Lire ?                                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Écrire ?                                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Compter ?                                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Se repérer dans le temps ?               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Se repérer dans l'espace ?               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Se déplacer seule ?                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Gérer seule son argent et ses affaires ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |

Précisions éventuelles : .....

La personne examinée est-elle, en raison de l'altération de ses facultés, dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts ?

- Patrimoniaux .....
- Personnels (choix du lieu de vie, décisions en matière de santé etc.) .....

La personne examinée est-elle en mesure de rester ou de retourner vivre à son domicile ?

(NB : ces précisions sont importantes en cas de vente/location du domicile, ou de fixation du lieu de vie de l'intéressé.)

Non (précisez) : .....

Oui (précisions et conditions éventuelles) : .....  
.....  
.....

**AVIS SUR LA MESURE DE PROTECTION**

personne examinée doit-elle :

- ne pas faire l'objet d'une mesure de protection ?
- être assistée de manière continue dans les actes importants de la vie civile (ex : achat ou vente d'un immeuble chez un notaire) ? (*curatelle*)
  - ⇒ si oui, est-elle apte à percevoir elle-même seule ses revenus et à en faire une utilisation normale ? (*curatelle simple*)
  - ⇒ ou nécessite-t-elle une assistance dans la gestion de son budget (*curatelle renforcée*) ?
- être représentée de manière continue dans tous les actes de la vie civile, car hors d'état d'agir elle-même ? (*tutelle*)

mesure doit-elle porter :

- sur les actes patrimoniaux
- sur les actes à caractère personnel (ex : choix du lieu de vie, décisions en matière médicale)
  - ⇒ dans le cadre d'une assistance
  - ⇒ dans le cadre d'une représentation

en l'hypothèse d'une mesure de tutelle, la personne est-elle apte à exercer son droit de vote :

- Oui
- Non (précisez pourquoi).....

en l'hypothèse d'une mesure de tutelle, la mesure doit-elle être prononcée pour une durée supérieure à 5 ans ?

en l'absence de précisions, la mesure est ouverte pour une durée maximale de cinq ans ; en cas d'avis conforme du médecin expert, et si l'altération des facultés est insusceptible de connaître une amélioration selon les données actuelles de la science médicale, la durée maximale autorisée lors de l'ouverture de la mesure est de dix ans.)

- Oui (précisez) : .....
- Non (précisions éventuelles) : .....

l'exercice de la mesure vous paraît-il pouvoir être confié à une personne de l'entourage de la personne examinée ?

- Oui (laquelle ?) : .....
- Non (précisions éventuelles) : .....

La personne examinée a-t-elle émis un souhait à ce sujet ?

- Oui (lequel ?) : .....
- Non

**AUDITION DE LA PERSONNE PAR LE JUGE**

L'audition de l'intéressé par le juge des tutelles est-elle :

- Possible
- A éviter, car :
  - ⇒ l'audition est de nature à porter atteinte à sa santé (précisez les raisons) : .....
  - .....
  - .....
  - ⇒ l'intéressé est hors d'état d'exprimer sa volonté (précisions éventuelles) : .....
  - .....
  - .....

(NB : L'audition par le juge des tutelles est obligatoire, sauf si l'un et/ou l'autre de ces deux motifs est caractérisé).

L'audition de la personne examinée :

- peut avoir lieu au siège du tribunal (dans le bureau du juge des tutelles)
- doit avoir lieu au domicile ou au lieu d'hébergement de l'intéressé (précisez la raison) : .....
- .....

Des précautions particulières sont-elles à prévoir s'agissant de l'audition de l'intéressé ?

- Non
- Oui (précisez lesquelles) : .....

**ÉVENTUELLES OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES**

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

Fait le :  
Nom / cachet et signature

**Rappels importants :**

Ce certificat doit être remis à la personne ayant sollicité ce certificat sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles (art. 1219 du code de procédure civile).  
Il est susceptible d'être lu par toute partie intéressée à la procédure, y compris la personne faisant l'objet de la demande de mesure de protection (sauf décision contraire du juge des tutelles pour contre-indication médicale) (art. 1222 et 1222-1 du code de procédure civile).