

Service des Majeurs protégés

Tel : 02.47.60.27.58 66

Docteur

Dossier N° :

Docteur,

Dans le cadre de la procédure que j'instruis actuellement en vue de l'ouverture éventuelle d'une mesure de protection (tutelle ou curatelle) à l'égard de:

**M  
né (e) le  
demeurant**

Je vous serais obligé de me faire part de votre avis sur les points suivants puisque vous êtes le Médecin Traitant de cette personne : (vous pouvez me répondre directement sur la présente, en apposant votre cachet)

1° - Présente-elle une altération de ses facultés mentales, ou corporelles empêchant l'expression de sa volonté ?

2° - Cette altération des facultés est-elle partielle ou totale ?

3° - L'Intéressé (e) vous paraît-il (elle) avoir conscience de la valeur de l'argent ?

4° - En fonction de son état de santé et de ses aptitudes, cette personne vous paraît-elle devoir : (bien vouloir cocher la case appropriée)

Etre totalement remplacée pour l'accomplissement des actes de la vie civile (régime de la **TUTELLE**) ?

Etre assistée pour la gestion de son patrimoine en conservant une faculté de consentement, sans avoir toutefois la capacité de percevoir par elle-même ses revenus et l'aptitude de régler seule ses charges (régime de la **CURATELLE RENFORCEE**) ?

Etre assistée pour la gestion de son patrimoine en conservant une faculté de consentement, et disposer par elle-même de ses revenus en ayant l'aptitude de régler seule ses charges (régime de la **CURATELLE SIMPLE**) ?

5° - Dispose-t-elle d'un libre arbitre et discernement suffisants pour se voir attribuer la faculté de faire un testament ?

6° - Est-elle en mesure de comprendre le sens de ce qui lui sera dit ou demandé, et d'y répondre, si je procède à son audition ?

7° Cette audition peut-elle avoir lieu au siège du Tribunal ?

8° - Cette audition serait-elle de nature à compromettre l'équilibre ou le traitement de l'intéressé(e) ?

9° - Observations complémentaires, le cas échéant :

En vous remerciant de votre collaboration, je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

FAIT le

Signature du médecin,