

**CERTIFICAT MÉDICAL dans le cadre du renouvellement d'une mesure de protection
judiciaire**

Nom (de la personne protégée):
Prénom(s) :

Nom de jeune fille :

Date et Lieu de naissance :

adresse (lieu de résidence habituelle) **de la personne protégée** :

Date et Lieu de l'examen :

Mesure en cours au jour de l'examen :

- curatelle simple (assistance et contrôle dans les actes de la vie civile)
- Curatelle renforcée (assistance et contrôle dans les actes de la vie civile + gestion des revenus par le curateur)
- tutelle (représentation dans les actes de la vie civile)

La personne protégée présente-t'elle toujours une altération de ses facultés mentales et/ou corporelles ? : oui non

√ **précisions sur cette altération** :

√ **Justifie-t'elle le renouvellement de la mesure de protection** OUI NON

Dans l'affirmative préciser :

* en ce qui concerne les **actes personnels** si :

- la personne peut décider seule oui non
- la personne doit être assistée oui non
- représentée (s'il s'agit d'une tutelle) oui non

* dans le cas d'une curatelle renforcée, **si la personne a toujours besoin d'être représentée pour la gestion de ses revenus** oui non

* **en cas de tutelle** les conséquences de cette altération sur **l'exercice du droit de vote** :
aptitude à voter : oui non

* **si l'état de la personne est susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises de la science** (la mesure peut être renouvelée pour une durée supérieure à 5 ans si l'état de la personne n'apparaît manifestement pas susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises de la science)

Amélioration possible : oui non

* **s'agissant de l'audition de la personne** :

- l'audition est-elle de nature à porter atteinte à sa santé ? oui non
- la personne protégée est-elle hors d'état d'exprimer sa volonté ? oui non
- l'audition peut avoir lieu au tribunal ou doit l'être au lieu de résidence

T.S.V.P.../...

Si l'altération des facultés justifie l'aggravation de la mesure de protection en cours, en ce cas bien vouloir utiliser le modèle de certificat circonstancié en vue de l'ouverture d'une mesure de protection

Si l'état de la personne ne nécessite plus une mesure de protection, bien vouloir apporter ci-après toutes précisions utiles :

Observations complémentaires utiles

Date :

Signature
et cachet du médecin

- toutes les rubriques doivent être impérativement remplies -