REQUETE AUX FINS
D'ALLÉGEMENT DE LA MESURE DE PROTECTION

RG n°
Cabinet :

LE TUTEUR OU LE CURATEUR

NOM et prénom :

né(e) le : à : département :

domicile :

tél :

profession :

LA PERSONNE PROTÉGÉE

NOM et prénom :

né(e) le : à : département :

domicile (lieu de vie) :
Il s'agit du lieu de résidence habituelle (domicile, maison de retraite ...)

tél :

Si la personne est hospitalisée :

Lieu : Service :

lien de la personne protégée avec le requérant :

profession :

Situation de famille : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ en concubinage
☐ pacsé(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e)

Nom du médecin traitant de la personne à protéger :

La personne visée ci-dessus, en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles a besoin d'un allégement de la mesure actuelle

EN CAS DE CHANGEMENT SOUHAITABLE, INDIQUER LA PERSONNE SUSCEPTIBLE DE SE CHARGER DES FONCTIONS DE TUTEUR OU DE CURATEUR :

NOM
prénom :
né(e) le : à : département :
domicile :
tél :
profession :
lien de parenté :

Indiquez ci-après les éléments en votre possession qui nous permettront de déterminer le budget annuel de l'intéressé(e).

REVENUS ANNUELS : €

DÉPENSES ANNUELLES : €

Fait à le

Signature du tuteur ou du curateur

N.B. : Merci de bien vouloir rappeler <u>les références du dossier</u> (n° RG, nom de la personne protégée et n° du Cabinet) dans chacune de vos correspondances, afin que votre courrier soit traité dans les meilleurs délais.