

**CERTIFICAT MÉDICAL
EN VUE D'UN ACTE DE DISPOSITION
PORTANT SUR LE LOGEMENT
D'UNE PERSONNE SOUS MESURE DE PROTECTION
(art. 426 du Code civil)**

NB : Le médecin rédigeant le présent certificat médical ne doit pas exercer une fonction ou occuper un emploi dans l'établissement accueillant ou devant accueillir la personne protégée

Je soussigné(e), Docteur

Inscrit sur la liste du procureur de la République de

Non inscrit sur la liste du procureur de la République

atteste avoir examiné le/...../.....

Madame / Monsieur (Nom, Prénom) :

Né(e) le/...../..... à :

Demeurant :

Depuis le :

Faisant l'objet d'une mesure de : tutelle – curatelle renforcée – curatelle simple – sauvegarde de justice

Personne chargée de l'exercice de la mesure de protection (Nom, Prénom) :

Certifie que l'état de santé de Monsieur / Madame.....

est incompatible avec : le maintien à son domicile / le retour à son domicile

et qu'il n'existe pas de contre-indication médicale à ce qu'il soit disposé de son logement.

ÉVENTUELLES OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

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

Fait le :

Nom / cachet et signature

RAPPEL : Les meubles de la personne protégée doivent être conservés à sa disposition autant que possible; les souvenirs et objets à caractère personnel de la personne protégée doivent être gardés à sa disposition, le cas échéant par les soins de l'établissement assurant son hébergement.