



Signalement

Ce formulaire vous permet de signaler une situation que vous jugez préoccupante et que vous souhaitez porter à la connaissance du Tribunal. Veuillez compléter les champs ci-dessous avec les données en votre possession. A noter qu'il n'est pas nécessaire que tous les champs soient remplis pour que le signalement soit pris en considération.

1. Personne qui signale la situation (*signalant*)

Cette information est obligatoire. Les signalements anonymes ne seront pas pris en considération. Vous pouvez toutefois indiquer dans la dernière section votre souhait que votre identité ne soit pas portée à la connaissance de la personne signalée.

Madame Monsieur

Nom(s):.....

Prénom(s):.....

Domicile:.....

Code postal: Localité:

N° téléphone: +..... Courriel:

Lien avec la personne faisant l'objet du signalement:

2. Personne faisant l'objet du signalement (*personne concernée*)

Signalant OU Madame Monsieur

Nom(s):.....

Prénom(s):.....

Date de naissance:

Domicile:.....

Code postal: Localité:

Lieu actuel d'accueil si différent du domicile (Hôpital, EMS, ...):

N° téléphone: +..... Courriel:

La personne parle-t-elle français? oui non

Si *non*, précisez la langue parlée

3. Proche(s) investi(s) dans la situation

Par exemple: conjointe ou conjoint; enfant(s) (précisez si mineure(s) ou mineur(s)); parent(s); autre entourage familial; amie(s) et ami(s).

Lien avec la personne:.....

Nom(s):.....

Prénom(s):.....

Domicile:.....
Code postal: Localité:
N° téléphone: +..... Courriel:
Apporte un soutien actuellement/pourrait en apporter à l'avenir: oui non ne sais pas

Lien avec la personne:.....

Nom(s):.....
Prénom(s):.....
Domicile:.....
Code postal: Localité:
N° téléphone: +..... Courriel:
Apporte un soutien actuellement/pourrait en apporter à l'avenir: oui non ne sais pas

Lien avec la personne:.....

Nom(s):.....
Prénom(s):.....
Domicile:.....
Code postal: Localité:
N° téléphone: +..... Courriel:
Apporte un soutien actuellement/pourrait en apporter à l'avenir: oui non ne sais pas

Lien avec la personne:.....

Nom(s):.....
Prénom(s):.....
Domicile:.....
Code postal: Localité:
N° téléphone: +..... Courriel:
Apporte un soutien actuellement/pourrait en apporter à l'avenir: oui non ne sais pas

4. Réseau de professionnelle(s) ou professionnel(s) connu(s) entourant la personne concernée

Par exemple: médecin (généraliste, psychiatre, ...); paramédical (soins à domicile, ...); autres aides (employée ou employé à domicile, assistante ou assistant social, ...).

Réseau:.....
Nom(s):.....
Prénom(s):.....
Domicile:.....
Code postal: Localité:
N° téléphone: +..... Courriel:

Réseau:.....

Nom(s):.....

Prénom(s):.....

Domicile:.....

Code postal: Localité:

N° téléphone: +..... Courriel:

Réseau:

Nom(s):.....

Prénom(s):.....

Domicile:.....

Code postal: Localité:

N° téléphone: +..... Courriel:

Réseau:

Nom(s):.....

Prénom(s):.....

Domicile:.....

Code postal: Localité:

N° téléphone: +..... Courriel:

5. Motifs de la demande

Pour quelle(s) raison(s) estimez-vous nécessaire l'institution d'une mesure de protection de l'adulte? (Plusieurs réponses possibles)

La personne concernée semble éprouver des difficultés dans la gestion de:

- ses affaires administratives ses affaires financières
- sa santé l'organisation du quotidien (assistance personnelle)
- autres:

La personne concernée semble éprouver ces difficultés en raison de:

- état de faiblesse lié à l'âge troubles psychiques
- incapacité de discernement maladie somatique
- ne sais pas autres:

La personne concernée est-elle favorable à l'institution d'une curatelle en sa faveur?

- oui non ne sais pas

6. Proposition de la/des curatrice(s) et du/des curateur(s)

Avez-vous connaissance d'une/d'un/des **proche(s)** à proposer en qualité de curatrice ou curateur?

- oui non Si *oui*, veuillez indiquer le/les nom(s) d'une/d'un/des proche(s) mentionné(s) sous "Signalant" (section 1) ou "Proches investis" (section 3) ou autre:

Nom(s) et prénom(s):

Domicile:

Code postal:..... Localité:

