



## 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.

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

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 mineur-e-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: .....

Nom(s) et prénom(s): .....

Domicile: .....

Code postal: ..... Localité: .....

Avez-vous connaissance de la/des curatrice(s) ou du/des curateur(s) **professionnel(s)** à proposer?

oui  non Si *oui*, veuillez indiquer le/les nom(s) et prénom(s):

Nom(s) et prénom(s): .....

Nom(s) et prénom(s): .....

Les personnes proposées ont la possibilité de:  
cosigner le présent signalement ou de nous adresser leur souhait par écrit.

**7. Informations complémentaires**

*Veuillez joindre tout document qui pourrait attester des difficultés rencontrées uniquement s'ils sont déjà en votre possession.*

Existence d'un mandat pour cause d'inaptitude (MCI):  oui  non  ne sais pas

Si *oui*, veuillez indiquer le nom de la ou du notaire ayant instrumenté l'acte ou le lieu de dépôt de celui-ci:

Nom(s) et prénom(s): .....

En cas de mandat olographe, veuillez joindre l'original du MCI.

Existence de directives anticipées:  oui  non  ne sais pas

Si *oui*, veuillez indiquer le nom de *la représentante* ou du *représentant thérapeutique* (si précisé):

Nom(s) et prénom(s): .....

Autres commentaires ou informations: .....

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

Lieu et date: .....

Signature du signalant: .....