

**TRIBUNAL D'INSTANCE DE  
BOULOGNE BILLANCOURT  
CS 70097**

35 rue Paul Bert  
92104 Boulogne Billancourt Cedex  
Tél : 01 46 03 08 17

**Requête en vue de  
DESOLIDARISER  
UN COMPTE BANCAIRE JOINT**

**(article 427 du Code civil)**

**Minute n°** (à remplir par le greffe) :

Nom du curateur :

Téléphone :

Email :

Nom de la personne protégée :

**Nous sollicitons votre accord pour les opérations suivantes :**

désolidariser le compte bancaire joint ouvert entre M. / Mme .....  
et M. / Mme ..... sous le numéro ..... et intitulé .....  
..... auprès de la banque ....., agence de .....  
....., dont le solde est créditeur de la somme de ..... à la date  
du .....

**Et :**

répartir les fonds de la façon suivante :

par moitié

autres (à préciser) : .....

en créditant la somme de ..... euros sur le compte bancaire n° ..... ouvert au nom  
de M. / Mme ..... auprès de la Banque ....., agence de  
.....

en créditant la somme de ..... euros sur le compte bancaire n° ..... ouvert au nom  
de M. / Mme ..... auprès de la Banque ....., agence de  
.....

**Motifs de l'opération sollicitée** (à remplir obligatoirement) : .....  
.....  
.....

**Pièces à joindre obligatoirement à la requête :**

- les relevés les plus récents de tous les comptes concernés.
- des explications sur la répartition choisie, si elle n'est pas égalitaire.
- l'accord de la personne protégée pour la réalisation de l'opération (si celle-ci n'est pas signataire de la présente requête).

Fait à :

le :

**Signature du curateur :**

**Signature de la personne protégée :**