

**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 la
VENTE D'UN BIEN
IMMOBILIER**
(articles 426 et 505 du Code civil)
TUTELLE

Minute n° (à remplir par le greffe) :

Nom du tuteur :

Téléphone :

Email :

Nom du majeur protégé :

La personne protégée est propriétaire d'un bien immobilier situé (*indiquer adresse, numéro de lots, cave, parking*) :

qui constituait son domicile (résidence principale ou secondaire).

Je sollicite au nom du majeur protégé l'autorisation de vendre ce bien au prix minimum de euros (prix minimum net vendeur, payable au comptant au jour de la signature de l'acte),

et de verser le prix de la vente sur le compte n° intitulé
ouvert au nom de la personne protégée auprès de l'établissement

Je vous joins à cet effet deux attestations de valeur établies par deux agences immobilières (à l'exclusion de l'agence par l'intermédiaire de laquelle un compromis de vente aurait été conclu) ou deux notaires :

- nom de l'agence ou du notaire : Date de l'attestation :

- nom de l'agence ou du notaire : Date de l'attestation :

Motifs de la demande (à remplir obligatoirement) :

Si le bien était le domicile de la personne protégée (résidence principale ou secondaire) et que sa vente a pour finalité son accueil dans un établissement (hôpital long séjour, maison de retraite), il doit en outre être joint un certificat médical d'un médecin, n'exerçant pas dans cet établissement, attestant que le retour de la personne protégée à son domicile est impossible (modèle ci-joint). Dans ce cas, veuillez préciser :

- le nom du médecin :

- la date du certificat :

Facultatif - Par ailleurs, je sollicite l'autorisation de :

vendre les meubles

faire débarrasser le logement par le biais d'une association

faire dons des meubles à :

autre :

Motifs :

À joindre : l'évaluation des biens selon l'inventaire réalisé à l'ouverture de la mesure, ou par brocanteur, ou par tout autre justificatif.

Fait à :

le :

Signature du tuteur :

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

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 et / ou de ses meubles.

ÉVENTUELLES OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

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

Fait le :

Nom / cachet et signature

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 (art. 426 du Code civil).