

**TRIBUNAL D'INSTANCE DE  
BOULOGNE BILLANCOURT**  
35 rue Paul Bert  
92100 Boulogne Billancourt  
Tél : 01 46 03 08 17

**Requête en vue de la  
VENTE OU DU DÉBARRAS  
DE BIENS MOBILIERS  
DU LOGEMENT**

**(article 426 du Code civil)**

**CURATELLE**

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

Nom du curateur :

Téléphone :

Email :

Nom du majeur protégé :

La personne protégée est propriétaire/locataire d'un bien immobilier qui constituait son logement, situé à :

.....

Nous sollicitons l'autorisation de :

vendre les meubles garnissant ce logement

faire débarrasser le logement par le biais d'une association

faire don des meubles à .....

autre : .....

**MOTIFS de la demande** (à remplir obligatoirement) :

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

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

- si la vente ou le débarras a pour finalité l'accueil de la personne protégée dans un établissement : 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).

- le nom du médecin :

- la date du certificat :

- 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**

**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).***