

**TRIBUNAL DE PROXIMITÉ 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)
TUTELLE

Minute n° (à remplir par le greffe) :

Nom du tuteur :

Téléphone :

Email :

Nom de la personne protégée :

Je sollicite votre accord pour effectuer au nom du majeur protégé les opérations suivantes :

désolidariser le compte bancaire joint ouvert entre le majeur protégé
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.

Fait à :

le :

Signature du tuteur :