

**TRIBUNAL DE PROXIMITÉ DE  
BOULOGNE BILLANCOURT  
CS70097**  
35 rue Paul Bert  
92104 Boulogne Billancourt Cedex  
Tél : 01 46 03 08 17

**Requête en vue de  
RÉSILIER LE BAIL DU  
LOGEMENT DE LA PERSONNE  
PROTÉGÉE**

**(article 426 du Code civil)**

**TUTELLE**

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

Nom du tuteur :

Téléphone :

Email

Nom du majeur protégé :

La personne protégée est actuellement :

- en maison de retraite : .....
- à l'hôpital : .....
- autre : .....

ce depuis le .....

Elle est locataire d'un bien immobilier situé .....  
.....  
qui constituait son domicile (résidence principale ou secondaire).

**Je sollicite l'autorisation de résilier ce bail, au nom de la personne protégée, pour les motifs suivants (à remplir obligatoirement) :**

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

**Pièces jointes nécessaires** (obligatoires) :

- le justificatif du lieu de résidence actuelle de la personne protégée (en cas de changement récent),  
- si la résiliation 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 :

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).**