

**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)

CURATELLE

Minute n° (à remplir par le greffe) :

Nom du curateur :

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).

Nous sollicitons l'autorisation de résilier ce bail pour les motifs suivants (à remplir obligatoirement) :

.....
.....

Par ailleurs, nous sollicitons l'autorisation de (facultatif) :

- vendre les meubles
 faire débarrasser le logement par le biais d'une association
 faire don des meubles à
 autre

Motifs :

Pièces à joindre obligatoirement à la requête :

- 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 :
- l'accord de la personne protégée (si elle 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).