



**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).**