

**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 la
VENTE DU LOGEMENT
DU MAJEUR PROTEGE**

(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 d'un bien immobilier situé (*indiquer adresse, numéro de lots, cave, parking*) :

.....

.....

qui constituait son domicile (résidence principale ou secondaire).

Nous sollicitons l'autorisation de vendre ce bien 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 :

- si la vente 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).