

**CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE
D'UN ACTE DE DISPOSITION PORTANT SUR LE LOGEMENT
D'UNE PERSONNE SOUS MESURE DE PROTECTION
(art. 426 du Code civil)**

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

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.

ÉVENTUELLES OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le :

Nom / cachet et signature

RAPPEL : Les meubles de la personne protégée doivent être conservés à sa disposition autant que possible ; les souvenirs et objets à caractère personnel de la personne protégée doivent être gardés à sa disposition, le cas échéant par les soins de l'établissement assurant son hébergement.