**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.**