

N° DOSSIER : .....

**TRIBUNAL**

Nom du Majeur : .....

**de :** .....

**Nom du Tuteur, Curateur :** .....

**Service des majeurs protégés**

**Adresse :** .....

**CS :** .....

.....

**35** .....

Date : .....

Madame, Monsieur,

Par jugement en date du ..... Mme, Mr ..... a été placé(e) sous Tutelle/curatelle.

Mme, Mr ..... est actuellement et depuis le : .....

soigné(e) à l'hôpital de :.....hébergé (e) à :.....

QUE dans un certificat en date du : ....., le docteur atteste que l'état de santé de son patient ne permet pas d'envisager un retour au domicile\*.

Auparavant Mme, Mr ..... occupait un logement sis à : ..... , en vertu d'un bail en date du : ..... venant à expiration le : .....dont la résiliation est envisagée. .

Ce logement est garni de **meubles courants**.

- Il est nécessaire que ce mobilier soit aliéné, (compte tenu de la résiliation de bail envisagée) ou compte tenu de ses faibles ressources.
- Mme : ..... a/n'a pas exprimé de souhait particulier quant à la destination de ses meubles.
- la mise en dépôt est envisageable/pas envisageable compte tenu de ses moyens financiers...
- le mobilier a été estimé par Maître : ..... à .....euros.
- le mobilier n'a pas été estimé compte tenu de sa faible valeur. (Cf. inventaire descriptif)

Par conséquent, je sollicite l'autorisation de :

→ **Résilier le bail** dans le respect du formalisme requis en fonction du régime de protection conformément aux dispositions de l'article 426 al.3 du c. civil. (1).

→ **de vendre le mobilier garnissant le logement pour le prix de :** ..... euros.

→ **et/ou de prendre toute autre décision conforme aux intérêts du Majeur protégé (détaillez : dépôt, partage, débarras .....).**

*Etant précisé que les souvenirs et objets à caractère personnel appartenant à Mme :.....ou destinés aux soins seront gardés à sa disposition au besoin auprès de l'établissement.*

**Signature.**\_\_\_\_\_

**(1) : en curatelle, avec la signature du majeur et du curateur. En tutelle, avec la signature du tuteur.**

**\*A JOINDRE : le CERTIFICAT MEDICAL d'un médecin extérieur à l'établissement si accueil en établissement. Accord du majeur protégé si son état de santé lui permet de donner un avis éclairé. Inventaire descriptif ou chiffré des meubles meublants.**