

# FORMULAIRE

## Signalement au procureur de la République en vue d'une mesure de protection

Tribunal Judiciaire de Paris  
procureur de la République  
Section civile du Parquet (AC1)  
Service des Majeurs Protégés  
Parvis du Tribunal de Paris  
75859 PARIS cedex 17

*Les rubriques de ce signalement sont à compléter si son rédacteur détient les informations demandées. Ce formulaire de signalement a été validé en février 2020 par le Parquet de Paris, la Ville de Paris et les Maisons des Aînés et des Aidants de Paris.*

### 01 Je soussigné(e)

<input type="checkbox"/> Madame		<input type="checkbox"/> Monsieur	
NOM :		Prénom :	
Fonction :		Structure/Service :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Tél :	Fax :	Courriel :	

### 02 Souhaite vous informer de la situation de

*(Joindre dans la mesure du possible la copie de la carte d'identité ou d'un autre document d'identité)*

<input type="checkbox"/> Madame		<input type="checkbox"/> Monsieur	
NOM D'USAGE :		Prénom(s) :	
NOM DE NAISSANCE :		Date de naissance :	
Ville de naissance :		Pays de naissance :	
Nationalité(s) :			
Nom de l'établissement de résidence le cas échéant :			
Adresse :			
Complément d'adresse :			
Étage :	Esc. / Hall / Bât. :	Code(s) d'entrée	
Code postal :		Ville :	
Tél :	Port :	Courriel :	

Commentaires : (ex. se fait appeler par un autre nom ou prénom ; sonner sur l'interphone de M. X, ½ étage)

### 03 Situation de famille

<input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Union Libre
<input type="checkbox"/> Ne sait pas      Composition de la famille (ascendant, descendant, sœur, frère, etc.)
<input type="checkbox"/> Vit seul(e)
<input type="checkbox"/> Vit avec d'autres personnes => Nom / statut / qualité :
<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé(e) à titre gratuit <input type="checkbox"/> SDF <input type="checkbox"/> Usufruitier <input type="checkbox"/> Autre :
État du logement :
Commentaires :

### 04 Lieu de vie actuel de la personne concernée

<input type="checkbox"/> <b>La personne est à son domicile</b>		
<input type="checkbox"/> <b>La personne est actuellement hospitalisée ou hébergée temporairement en établissement</b>		
Nom établissement :		Service :
Adresse :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		Ville :
Tél :	Fax :	Courriel :
Nom et prénom du référent et/ou de l'assistant social hospitalier :		
Tél :	Port :	Courriel :
<input type="checkbox"/> <b>La personne est hébergée chez un tiers</b>		
NOM :		Prénom :
Adresse :		
Complément d'adresse :		
Étage :	Esc. / Hall / Bât. :	Code(s) d'entrée
Code postal :		Ville :
Tél :	Port :	Courriel :
Commentaires :		

Un retour à domicile est-il prévu ? <input type="checkbox"/> Oui => Date envisagée :
<input type="checkbox"/> Non <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Ne sait pas</span>

**05 Personne(s) proche(s) et relation(s) connu(es)**

Lien avec la personne concernée :		Informé(e) de la démarche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, a donné son accord pour communiquer ses coordonnées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
NOM :		Prénom :
Adresse/compl. adresse :		
Code postal :		Ville :
Tél :	Port :	Courriel :
Commentaires :		

Lien avec la personne concernée :		Informé(e) de la démarche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, a donné son accord pour communiquer ses coordonnées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
NOM :		Prénom :
Adresse/compl. adresse :		
Code postal :		Ville :
Tél :	Port :	Courriel :
Commentaires :		

**06 Médecin traitant**  Oui  Non  Ne sait pas

NOM Prénom :		Informé(e) de la démarche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste (préciser la spécialité)			
Adresse/compl. adresse :			
Code postal :		Ville :	
Tél :	Port :	Fax :	Courriel :
Commentaires (ex. mentionner s'il n'assure pas de suivi régulier et/ou n'a pas vu son patient depuis longtemps) :			

## 07 Autre médecin (si pertinent pour la démarche)

NOM Prénom :		Informé de la démarche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste (préciser la spécialité) :			
Adresse/compl. adresse :			
Code postal :		Ville :	
Tél :	Port :	Fax :	Courriel :
Commentaires (ex. réseau de santé, neurologue, médecin hospitalier...) :			

## 08 Professionnels en lien avec la personne concernée

Nom structure/service :		Type structure/service :	
Adresse/compl. adresse :			
Code postal :		Ville :	
Tél :	Fax :	Courriel :	
NOM Prénom du référent :		Informée de la démarche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Tél :	Port :	Fax :	Courriel :
Commentaires :			

Nom structure/service :		Type structure/service :	
Adresse/compl. adresse :			
Code postal :		Ville :	
Tél :	Fax :	Courriel :	
NOM Prénom du référent :		Informée de la démarche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Tél :	Port :	Fax :	Courriel :
Commentaires :			

## 09 Notaire / ou Gestionnaire de biens / ou établissement bancaire Oui Non Ne sait pas

NOM Prénom :		Informé de la démarche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Nom structure/service :		Type structure/service :	
Adresse/compl. adresse :			
Code postal :		Ville :	
Tél :	Port :	Fax :	Courriel :

Commentaires
--------------

## 10 Renseignements financiers et patrimoniaux

- Ressources :
- Charges :
- Prestations mobilisables pour la personne bénéficiaire :
- Dettes ou impayés :
- Reste à vivre :
- Biens et patrimoine :
Texte libre

## 11 Existence d'un mandat de protection future Oui Non Ne sait pas

NOM :		Prénom :	
Nom structure/service :		Type structure/service :	
Adresse/compl. adresse :			
Code postal :		Ville :	
Tél :	Port :	Fax :	Courriel :
Commentaires :			

## 12 Existence de procuration(s) Oui Non Ne sait pas

Si oui laquelle (bancaire, générale) :	
Coordonnées de la <u>personne ayant procuration</u>	
Lien avec la personne concernée :	
NOM :	Prénom :
Adresse/compl. adresse :	

Code postal :		Ville :	
Tél :	Port :	Fax :	Courriel :
Commentaires :			

### **13 Exposé des faits et éléments préoccupants en lien avec le signalement**

Commentaires :
----------------

#### **14 Avis (facultatif) de la personne concernée**

- Favorable à la demande
- Opposée à la demande
- Est informée de la demande mais n'est pas en capacité de comprendre et/ou de mémoriser
- N'est pas informée de la demande pour les raisons suivantes : *(complétez ci-dessous)*

#### **15 Possibilité de la personne concernée à se déplacer**

- Peut se déplacer
- Peut se déplacer avec l'aide d'un tiers
- Ne peut pas se déplacer

#### **16 Complément de signalement portant sur des faits de nature pénale dont la personne adulte vulnérable pourrait être victime**

À l'occasion de son intervention auprès de la personne vulnérable pour lequel il demande une mesure de protection juridique, le professionnel peut s'interroger sur la survenance de faits de nature pénale dont la personne serait victime. Il lui appartient alors, au titre de l'article 40 du code de procédure pénale, de les signaler au procureur de la République afin qu'une enquête soit menée, enquête qui viendra confirmer ou infirmer cette suspicion. Il peut s'agir principalement du délit d'abus de faiblesse.

Commentaires :

Prénom NOM

Paris, le

Grade