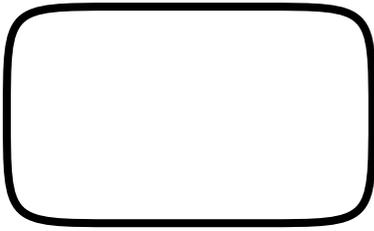


CACHET DU MEDECIN :



TRIBUNAL JUDICIAIRE  
PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE  
RUE WALDECK ROUSSEAU  
49043 ANGERS CEDEX 01  
02 41 20 51 00

## SIGNALEMENT

*Pour personne majeure hors d'état de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique*

Je certifie avoir examiné le<sup>1</sup> :

- M. ou Mme

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Sexe :
- Adresse :

- Accompagné (rayer la mention inutile) Oui Non

- Si oui : indiquer si possible l'identité et les coordonnées de la personne accompagnatrice et ses liens avec la personne examinée

La personne accompagnatrice nous a dit que : « \_\_\_\_\_

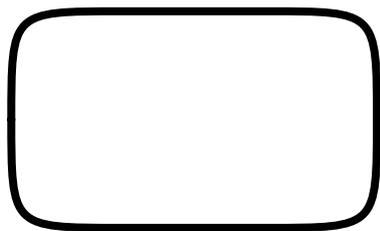
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_»

M. ou Mme nous a dit que : « \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_»

<sup>1</sup> Date et heure de l'examen clinique

CACHET DU MEDECIN :



- Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice (rayer la mention inutile): Oui Non

- Description du comportement (les signes psychiques constatés) pendant la consultation :

- Description des lésions physiques s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

**Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, j'adresse ce signalement au Procureur de la République d'Angers.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
**Signature du médecin ayant examiné la personne :**