

Certificat médical
En vue d'une prolongation d'une mesure de protection judiciaire

En cas d'examen par un médecin non inscrit sur la liste du procureur de la République, le juge des tutelles ne pourra pas prévoir une durée de mesure de protection supérieure à 5 ans.

Je soussigné, Docteur _____

- Inscrit sur la liste du procureur de la République
 Non inscrit sur la liste du procureur de la République

Atteste avoir examiné le |_|_|_|_|_|_|_|_| :

- Madame Monsieur

Nom (de naissance): _____

Nom d'usage : _____

Prénoms : _____

Date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Faisant actuellement l'objet d'une mesure de :

- sauvegarde de justice curatelle simple curatelle renforcée tutelle

Examen réalisé :

- au domicile de l'intéressé(e) à mon cabinet en établissement hospitalier
 Autre, précisez : _____

En l'état des connaissances médicales, l'altération constatée n'est susceptible d'aucune amélioration.

Observations complémentaires :

Fait à: _____ Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature et cachet :