

Nom à la naissance		Prénom	
Date de naissance _____ an-mois-jour		N° de dossier du Curateur public	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° d'assurance maladie		N° de dossier de l'établissement

1 – Avis du directeur général ou du directeur des services professionnels désigné

A) Compte tenu des évaluations ci-jointes concluant que la personne répondant au nom de _____ est inapte :

	Nom de la personne							
			Degré		Durée			
	non	partiellement	totalem	permanente	temporaire			
à assurer la protection de sa personne et à exercer ses droits civils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	préciser : _____	ans
à administrer ses biens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	préciser : _____	ans

il m'apparaît dans son intérêt qu'un régime de protection soit ouvert à son égard pour assurer sa représentation dans l'exercice de ses droits civils en raison :

de son isolement de la nature ou de l'état de ses affaires

de la durée prévisible de son inaptitude du fait qu'aucun mandataire ne lui assure déjà une assistance ou une représentation adéquate

B) Bien que les évaluations ci-jointes démontrent que la personne répondant au nom de _____

_____ est généralement ou habituellement apte à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens, il m'apparaît dans son intérêt qu'un régime de conseiller au majeur soit ouvert à son égard en raison de son besoin, temporaire ou pour certains actes, d'être assistée ou conseillée dans l'administration de ses biens.

2 – Transmission du rapport

Le présent rapport a été transmis à la personne le _____ an-mois-jour

3 – Proche informé de la transmission du rapport au Curateur public du Québec

Nom		Prénom	
Téléphone	Lien avec la personne	Date _____ an-mois-jour	

4 – Identification du directeur général ou du directeur des services professionnels désigné

Nom		Prénom		<input type="checkbox"/> D.G.	<input type="checkbox"/> D.S.P.
Nom de l'établissement		Région sociosanitaire _____			
		N° de l'établissement _____			
Adresse		Ville _____			
		Province _____			
Code postal	Téléphone	Poste	Télécopieur	Adresse courriel	
_____	_____	_____	_____	_____	

En foi de quoi, j'ai signé à _____ le _____ an-mois-jour

Signature