

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

Représentant légal Curateur public Représentant privé *(remplir les informations ci-dessous)*

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Téléphone _____

_____ Province _____

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

Compte tenu des évaluations ci-jointes concluant que la personne répondant au nom de

_____ Nom de la personne

est inapte :

	Degré			Durée		
	non	partiellement	totalemment	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
et a besoin de protection	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

est généralement ou habituellement apte à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens mais a besoin pour certains actes ou temporairement, d'être assistée ou conseillée dans l'administration de ses biens

est apte à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens

il m'apparaît dans son intérêt de :

- maintenir le régime de protection actuel
- modifier le régime de protection
- mettre fin au régime de protection

2 – Transmission du rapport

Le présent rapport a été transmis

 à la personne le _____ au représentant légal le _____ au tribunal le _____
 (an-mois-jour) (an-mois-jour) (an-mois-jour)

3 – 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					