

Certificat médical circonstance

Dans le cadre d'une demande en désignation d'un administrateur provisoire

Le soussigné(é)

Docteur en médecine, ayant son cabinet à|

Certifie avoir examiné le

Le/la nommé(e)

Né(e) le à

Domicilié(e) à

Mais résidant à

Le soussigné€ constate que l'état de santé de cette personne peut être décrit comme suit: (décrire l'état de santé qui motive la mesure de protection)

Le soussigné(e) est d'avis que cette personne n'est plus en état de gérer ses biens - temporairement - partiellement - définitivement - totalement. (*)

La personne à protéger peut - ne peut pas - se déplacer. Ce déplacement est - n'est pas - indiqué dans son état. (*)

La personne à protéger est - n'est pas - encore a même de prendre connaissance du compte rendu de sa gestion. (*)

Lieu et date:

Signature:

(*) Biffer les mentions inutiles

Le présent certificat ne peut être établi par un médecin parent ou allié de la personne à protéger ou du requérant, ou attaché un titre quelconque à l'établissement dans lequel la personne a protéger se trouve.