MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Nous sommes là pour vous aider

N° 15434*02

cerfa

Requête en mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète Saisine du juge des libertés et de la détention par un tiers

(Article L. 3211-12 et R. 3211-7 et suivants du code de la santé publique)

Vous êtes un membre de la famille, un proche, le tuteur ou le curateur d'une personne faisant l'objet d'une mesure d'hospitalisation complète. Vous souhaitez mettre fin à cette mesure.

Nous vous invitons à lire attentivement la notice n° 52030 avant de remplir ce formulaire.

Votre identité :

☐ Madame ☐ Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) : _____

Votre nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Vos prénoms : _____

Vos date et lieu de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

à _____

Votre (ou vos) nationalité(s) : _____

Votre profession : _____

Votre adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |__|__|__|__|__| Commune : _____

Pays : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre avocat est Maître : _____

Son adresse : _____

Code postal |__|__|__|__|__| Commune : _____

Pays : _____

Son numéro de téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Son numéro de télécopie : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Son adresse électronique : _____

Votre qualité, vous êtes :

☐ Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure

☐ La personne chargée de sa protection si la personne a été placée en tutelle ou en curatelle

☐ Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité

☐ La personne qui a formulé la demande de soins

☐ Un parent ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt

Précisez votre lien de parenté : _____

Si le représentant légal est une personne morale :

Forme : _____

Dénomination : _____

Représenté par : _____

Adresse du siège social : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |__|__|__|__|__| Commune : _____

Avocat : _____

Identité de la personne hospitalisée :

☐ Madame ☐ Monsieur

Son nom de famille (nom de naissance) : _____

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Ses prénoms : _____

Ses date et lieu de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

à _____

Sa (ou ses) nationalité(s) : _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |__|__|__|__|__| Commune : _____

Pays : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Son avocat est Maître : _____

Son adresse : _____

Code postal |__|__|__|__|__| Commune : _____

Pays : _____

Son numéro de téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Son numéro de télécopie : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Son adresse électronique : _____

Etablissement d'accueil :

La personne recevant les soins est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète depuis le |__|__|__|__|__|__|__|__|___|

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |__|__|__|__|__| Commune : _____

Avez-vous déjà fait une demande de mainlevée au juge des libertés et de la détention ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez la date de la précédente décision du juge des libertés et de la détention :

|__|__|__|__|__|__|__|__|___|

Votre demande et, le cas échéant, sa motivation :

Vous demandez au juge des libertés et de la détention :

Je soussigné(e)

Nom : _____

Prénom : _____

Demande la mainlevée de la mesure de soins prise ou renouvelée le : |__|__|__|__|__|__|__|__|___|

Pour les raisons suivantes :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (prénom, nom) : _____
certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Fait à : _____ **Le** I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Signature

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires de ce formulaire.