**Reg.Req.N° Visé pour dépôt au greffe**

**Exempt de droit de greffe le à heures**

**art.279/l-1°&162/18°C.DE.H.G. Le Greffier.**

**REQUETE**

**Procédure relative à la protection de personne atteinte d’un trouble psychiatrique**

**art. 5 - 23 de la Loi du 26 juin 1990.**

**A Monsieur le Juge de Paix du Premier/Second canton de Mons (*entourer le canton compétent*)**

A l’honneur de vous exposer avec respect

**Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexe:F / M**

**Prénom(s) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Registre National  :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Profession :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Domicile :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Code postal : \_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Degré de parenté ou nature des relations avec la personne atteinte d’un trouble psychiatrique :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ci-après dénommée partie *requérante*

- que la partie requérante requiert (***biffer les mentions inutiles***) :

* Une mesure d’observation conformément à l’article 5 de la loi du 26 juin 1990.
* Un traitement volontaire sous conditions conformément à l’article 5 de la loi du 26 juin 1990.
* Des soins dans une famille ou en institution conformément à l’article 23 de la loi du 26 juin 1990.

Ci-après dénommée *personne atteinte d’un trouble psychiatrique*.

**Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexe:F / M**

**Prénom(s) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Registre National :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lieu et date de naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Domicile :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Code postal : \_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Résidence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Code postal : \_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ayant pour représentant légal ou administrateur de biens et/ou de la personne : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

La partie requérante produit, à l’appui de sa demande, un rapport médical circonstancié ci-annexé dressé par le Docteur …………..……… …………………………………………………………………………….. daté du ………../………………/……… qui ne peut être établi par un médecin requérant, parent ou allié jusqu’au quatrième degré du requérant ou de la personne atteinte d’un trouble psychiatrique.

Ce rapport médical confirme que la personne malade :

* est atteinte d’un trouble psychiatrique.
* met gravement en péril sa santé et sa sécurité.
* constitue une menace grave pour la vie ou l’intégrité d’autrui.
* n’a pas d’autre traitement approprié.

Il y a lieu de faire droit à cette demande.

**PAR CES MOTIFS,**

**Plaise au Juge de Paix,**

De dire la demande recevable et fondée ;

De requérir (***biffer les mentions inutiles***) :

* une mesure d’observation protectrice.
* un traitement volontaire sous conditions.
* des soins dans une famille ou en institution.

Nom de l’institution souhaitée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu & date Signature

**ANNEXE : - Rapport médical circonstancié.**

**- Plan de traitement volontaire sous conditions.**