



Date de naissance Année Mois Jour			N° de dossier	N° de chambre
N° d'assurance maladie				
Nom à la naissance			Prénom	
Adresse				
Ville		Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère	
Nom du père			Prénom du père	
Médecin traitant				

INSTALLATION : \_\_\_\_\_

### BORDEREAU DE TRANSMISSION

#### DEMANDE EN SOUTIEN À LA RÉÉVALUATION D'UNE TUTELLE AU MAJEUR OU D'UN MANDAT DE PROTECTION

DATE | Année | Mois | Jour

#### Bordereau de transmission pour :

Direction des services professionnels (DSP)       Service des archives – inscrire l'adresse : \_\_\_\_\_

#### Avis de modification à la direction des services professionnels

Ci-joint, l'original du rapport d'évaluation médicale ou psychosociale concluant à :

- La modification de la nature de la tutelle ou de ses modulations ou fin de la tutelle
- La cessation de l'inaptitude et des effets du mandat de protection

Nom et coordonnées de l'évaluateur :  Médecin     Travailleur social

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse et no téléphone : \_\_\_\_\_

#### Demande de transmission de documents

##### Volet médical

Les documents doivent être transmis à :

- Juriste mandaté     Représentant légal privé
- Curateur public     Direction des services professionnels

Nom et coordonnées complètes : \_\_\_\_\_

##### Obligatoire

- Original du formulaire *Avis de l'évaluateur dans le cadre d'une réévaluation concluant au maintien de la tutelle*
- Original du formulaire *Rapport de l'évaluateur quant à la modification du délai de réévaluation*
- Original du formulaire *Réévaluation médicale dans le cadre d'une tutelle*
- Original du rapport de l'évaluateur concluant à la cessation de l'inaptitude et des effets du mandat (le Curateur public ne fournit pas de formulaire pour cette démarche)

Si requis, une copie des documents complémentaires suivants (précisez) : \_\_\_\_\_

Copie des documents obligatoires et complémentaires à faire parvenir à l'utilisateur

##### Volet psychosocial

Les documents doivent être transmis à :

- Juriste mandaté     Représentant légal privé
- Curateur public     Direction des services professionnels

Nom et coordonnées complètes : \_\_\_\_\_

##### Obligatoire

- Original du formulaire *Avis de l'évaluateur dans le cadre d'une réévaluation concluant au maintien de la tutelle*
- Original du formulaire *Rapport de l'évaluateur quant à la modification du délai de réévaluation*
- Original du formulaire *Réévaluation psychosociale dans le cadre d'une tutelle*
- Original du rapport de l'évaluateur concluant à la cessation de l'inaptitude et des effets du mandat (le Curateur public ne fournit pas de formulaire pour cette démarche)

Si requis, une copie des documents complémentaires suivants (précisez) : \_\_\_\_\_

Copie des documents obligatoires et complémentaires à faire parvenir à l'utilisateur

##### Demandeur

Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
Adresse/coordonnées complètes : \_\_\_\_\_

##### Demandeur

Nom du travailleur social : \_\_\_\_\_  
Adresse/coordonnées complètes : \_\_\_\_\_

Signature

Date

Signature

Date

**Documents transmis (section réservée aux archives)**

Nom de l'archiviste : \_\_\_\_\_

Nom de la personne à qui les documents ont été transmis : \_\_\_\_\_

Mode de transmission utilisé : \_\_\_\_\_

Courrier interne

Poste régulière

Courrier recommandé

En personne

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date