



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 L'OUVERTURE D'UNE
TUTELLE AU MAJEUR, D'UNE MESURE DE
REPRÉSENTATION TEMPORAIRE OU DE
L'HOMOLOGATION D'UN MANDAT DE PROTECTION

DATE | Année | Mois | Jour

Bordereau de transmission pour :

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

Demande de complétion de l'avis du directeur général **Demande de transmission de documents**

Nom du travailleur social : _____

Installation (adresse complète) : _____

Dossier urgent : Maltraitance Administration provisoire

Documents à transmettre

Volet médical

Transmission directement au travailleur social par le médecin ou

Les documents doivent être transmis par les archives à :
 Juriste mandaté Travailleur social

Nom et coordonnées complètes : _____

Obligatoire

Original du formulaire *Évaluation médicale dans le cadre de l'ouverture d'une tutelle au majeur ou de l'homologation d'un mandat.*

Original du formulaire *Évaluation médicale dans le cadre d'une demande de représentation temporaire*

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 par les archives à :
 Juriste mandaté Requérent Curateur public

Nom et coordonnées complètes : _____

Obligatoire

Original du formulaire *Évaluation psychosociale dans le cadre d'une demande d'ouverture d'une tutelle au majeur*

Original du formulaire *Évaluation psychosociale dans le cadre de l'homologation d'un mandat de régime de protection ou de l'homologation d'un mandat*

Original du formulaire *Évaluation psychosociale dans le cadre d'une demande de représentation temporaire*

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

Original du formulaire *Avis de la directrice ou du directeur général dans le cadre d'une demande d'ouverture d'une tutelle au Curateur public*

L'ensemble du volet médical joint au présent bordereau

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

Demandeur

Nom du médecin : _____

Adresse/coordonnées complètes : _____

Signature _____ Date _____

Demandeur

Nom du travailleur social : _____

Adresse/coordonnées complètes : _____

Signature _____ Date _____

FDCU-ZZ-004

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