

# SIGNALEMENT D'UN MAJEUR VULNÉRABLE EN DANGER

Document à adresser au procureur de la République du Tribunal.

**Ce document peut être transmis même s'il est incomplet.**

## 1. RECUEIL DES PREMIERS ÉLÉMENTS

Date de recueil : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Mode de recueil :  Entretien / Observation  Téléphone / Visio  Écrit (joindre la copie)

## 2. IDENTIFICATION DU MAJEUR VULNÉRABLE CONCERNÉ

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	
Date de naissance	
Commune de naissance	
Pays de naissance	

*Joindre si possible la copie de la carte d'identité ou d'un autre document d'identité.*

### Lieu de résidence :

<input type="checkbox"/> La personne est à son domicile <input type="checkbox"/> La personne est en institution ( <input type="checkbox"/> temporairement*)	
<input type="checkbox"/> La personne est hébergée chez un tiers ( <input type="checkbox"/> temporairement*)	
Lieu d'hébergement (institution, nom du tiers...)	
Adresse	
Complément d'adresse	
Code postal	
Commune	
Bâtiment / Escalier	
Étage	
N° de porte	
Codes d'entrée	
Téléphone(s)	
Courriel(s)	
Commentaires (nom différent sur la sonnette, etc.)	

\* Date de retour prévue au domicile : \_\_\_\_\_

### 3. SITUATION DE FAMILLE

Veuf / Veuve     Marié(e)     Divorcé(e)     Pacsé(e)

Célibataire     En union libre     Ne sait pas

Vit seul(e)     Vit avec d'autres personnes, préciser les noms, statuts, qualités :

Propriétaire     Locataire     Hébergé(e) à titre gratuit     SDF     Usufruitier

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

État du logement : \_\_\_\_\_

Commentaires

### 4. PERSONNES EN LIEN AVEC LE MAJEUR VULNÉRABLE CONCERNÉ

#### Personne n°1

Lien (ami, médecin, etc.) : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Informée de la démarche :     Oui     Non     Ne sait pas

Commentaires : \_\_\_\_\_  
(réseau de santé, suivi régulier...)

#### Personne n°2

Lien (ami, médecin, etc.) : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Informée de la démarche :     Oui     Non     Ne sait pas

Commentaires : \_\_\_\_\_  
(réseau de santé, suivi régulier...)

## 5. ÉLÉMENTS PRÉOCCUPANTS

Écrivez ci-dessous :

- vos **observations** (traces, comportements, troubles du majeur concerné, de son entourage, etc.),
- les éventuels **propos du majeur concerné** (à retranscrire entre guillemets, en le citant le plus fidèlement possible en utilisant le vocabulaire employé par celui-ci),
- les **propos d'autres témoins** (proches du majeur concerné, professionnels qui le prennent en charge),
- les renseignements financiers et patrimoniaux (selon la nature des faits constatés) et les coordonnées des professionnels relatifs (conseiller bancaire, notaire...),
- l'existence d'un mandat de protection, de procurations...

## 6. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LE MAJEUR VULNÉRABLE CONCERNÉ

- Est informé du signalement
- N'est pas informé du signalement
- Est favorable au signalement
- Est opposé au signalement
- Est informé, mais n'est pas en capacité de comprendre
- N'est pas informé pour les raisons suivantes :

- Le majeur vulnérable concerné peut se déplacer seul
- Le majeur vulnérable concerné peut se déplacer avec l'aide d'un tiers
- Le majeur vulnérable concerné ne peut pas se déplacer

## 7. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI TRANSMET LES ÉLÉMENTS

Les informations recueillies dans cette fiche sont couvertes par le secret professionnel et ne peuvent être communiquées quelle que soit la qualité d'intéressé ou non du demandeur. La demande d'anonymat concerne les non professionnels. Il peut être levé sur réquisitions judiciaires.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Service ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme / du service : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Demande d'anonymat (uniquement pour les non professionnels) :  Oui  Non

Famille  Majeur vulnérable lui-même

Ami de la famille, voisin, proche  Personne anonyme

Établissement médico-social, association

Hôpital  Police, Gendarmerie  Mairie Autre : \_\_\_\_\_

Il est possible d'annexer des écrits à ce document.

Reception :

Numéro :