



## 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 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** avant de remplir ce **formulaire**.*

*Vous voudrez bien cocher les cases correspondant à votre situation, renseigner les rubriques qui s'y rapportent, joindre les pièces justificatives nécessaires, dater et signer ce formulaire.*

### Votre identité :

Madame  Monsieur

Votre nom (de naissance) :

\_\_\_\_\_

Votre nom d'usage (ex. nom d'épouse) :

\_\_\_\_\_

Vos prénoms :

\_\_\_\_\_

Votre date et lieu de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| à

\_\_\_\_\_

Votre nationalité : \_\_\_\_\_

Votre profession : \_\_\_\_\_

Votre adresse :

\_\_\_\_\_

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Votre adresse électronique :

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Votre numéro de téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Votre avocat est Maître : \_\_\_\_\_

Son adresse :

\_\_\_\_\_

Code postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Son numéro de télécopie : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Son adresse électronique :

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Avocat : \_\_\_\_\_

### ***Identité de la personne hospitalisée :***

Madame       Monsieur

Son nom (de naissance) :

\_\_\_\_\_

Son nom d'usage (ex. nom d'épouse) :

\_\_\_\_\_

Ses prénoms :

\_\_\_\_\_

Sa date et lieu de naissance : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sa nationalité : \_\_\_\_\_

Sa profession : \_\_\_\_\_

Son adresse :

\_\_\_\_\_

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Son adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Son avocat est Maître : \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Son numéro de télécopie : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Son adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### **Établissement 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 : \_\_\_\_\_

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 :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Votre signature

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire **sont** exacts.

**Fait à :** \_\_\_\_\_ **Le** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**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.**