REQUETE
Procédure relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique
Art 5 - 23 de la loi du 26 juin 1990

Au juge de paix du canton de Liège _____

Vu pour réception le
à heures
Le greffier

Nom : Mr - Mme
Prénom :
N.N.:
Lieu et date de naissance :
Domicile :
Code postal :
Résidence :
Code postal :
Numéro de téléphone :
E-mail :

Ci-après dénommée partie requérante, qui sollicite (*mention à entourer*) :

- Soit une mesure d'observation protectrice conformément à l'article 5 de la loi du 26 juin 1990

- Soit la mise en place d'un traitement volontaire sous conditions conformément à l'article 5 de la loi du 26 juin 1990

- Soit le placement en milieu familial ou en institution conformément à l'article 23 de la loi du 26 juin 1990

A l'égard de :

Nom : Mr - Mme
Prénom :
N.N.:
Lieu et date de naissance :
Domicile :
Code postal :
Résidence :
Code postal :

Ci-après dénommé la personne atteinte d'un trouble psychiatrique

- que personne atteinte d'un trouble psychiatrique est _____
(degré de parenté ou nature des relations) de la partie requérante.

Pour les motifs suivants :

La personne atteinte d'un trouble psychiatrique :

- présente les troubles suivants :_____
  _____
  _____
  _____
  _____

- met gravement en péril et sa sécurité :_____
  _____
  _____
  _____

- constitue une menace grave pour l'intégrité et la sécurité d'autrui : _____
  _____
  _____
  _____
  _____

Ainsi qu'il résulte du rapport médical circonstancié ci-annexé, dressé par le

Docteur : _____
Daté du : _____

La partie requérante porte à la connaissance du juge de paix l'identité des personnes suivantes :

- du conjoint/cohabitant légal/de la personne avec laquelle l'intéressé(e) forme un ménage de fait :

Nom : Mr - Mme
Prénom :
N.N.:
Lieu et date de naissance :
Domicile :
Code postal :
Résidence :
Code postal :

- des membres de la famille majeurs du degré de parenté le plus proche, sans toutefois remonter plus loin que le second degré :

Nom : Mr - Mme	Nom : Mr - Mme
Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
N.N. :	N.N. :
Lieu et date de naissance :	Lieu et date de naissance :
Domicile :	Domicile :
Code postal :	Code postal :
Résidence :	Résidence :
Code postal :	Code postal :

Nom : Mr - Mme	Nom : Mr - Mme
Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
N.N. :	N.N. :
Lieu et date de naissance :	Lieu et date de naissance :
Domicile :	Domicile :
Code postal :	Code postal :
Résidence :	Résidence :
Code postal :	Code postal :

- de l'autre parent avec qui l'intéressé(e) détient l'autorité parentale sur un enfant :

Nom : Mr - Mme
Prénom :
N.N.:
Lieu et date de naissance :
Domicile :
Code postal :
Résidence :
Code postal :

- de toutes les autres personnes dont l'audition est estimée utile (exemple : administrateur des biens et/ou de la personne):

Nom : Mr - Mme	Nom : Mr - Mme
Prénom :	Prénom :
N.N. :	N.N. :
Domicile :	Domicile :
Code postal :	Code postal :
Résidence :	Résidence :
Code postal :	Code postal :

Nom : Mr - Mme	Nom : Mr - Mme
Prénom :	Prénom :
N.N. :	N.N. :
Domicile :	Domicile :
Code postal :	Code postal :
Résidence :	Résidence :
Code postal :	Code postal :

Date :

Signature :

Annexe : Rapport médical circonstancié