



Ministère des solidarités et de la santé

## Déclaration semestrielle du nombre de mesures de protection des majeurs et de secrétaires spécialisés des personnes agréées pour exercer à titre individuel l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs

(Article R. 472-10 du code de l'action sociale et des familles)

Le traitement des données est réalisé dans les conditions fixées par la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

<i>Votre identité</i>														
Madame <input type="checkbox"/>		Mademoiselle <input type="checkbox"/>		Monsieur <input type="checkbox"/>		Votre nom de famille ou d'usage : _____				Votre prénom : _____				
Votre domicile : _____						Code postal : _____		Commune : _____						
<i>Votre activité</i>														
Date : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (dernier jour du semestre précédent)														
Veuillez indiquer le nombre de mesures de protection des majeurs que vous exercez à la date du dernier jour du semestre précédent par département ou tribunal concerné :														
Départ. ou tribunal concerné	Nombre de mesures				Départ. ou tribunal concerné	Nombre de mesures				Départ. ou tribunal concerné	Nombre de mesures			
	Tutelles	Curatelles	Mandats Spéciaux	MAJ		Tutelles	Curatelles	Mandats Spéciaux	MAJ		Tutelles	Curatelles	Mandats Spéciaux	MAJ
_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	_____	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
Veuillez indiquer si vous exercez la fonction de mandataire judiciaire, en qualité de délégué d'un service mandataire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ou en qualité de préposé d'établissement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>														
En cas de réponse positive, veuillez indiquer l'équivalent temps plein : [ ][ ], [ ][ ][ ]														
<i>Vos secrétaires spécialisés</i>														
Si vous êtes assisté d'un ou plusieurs collaborateurs pour l'exercice de votre activité, veuillez en indiquer le nombre : [ ][ ][ ] et en équivalent temps plein : [ ][ ][ ], [ ][ ][ ][ ]														

Fait le :

Date :

À :

Par :

Signature :