



Document Individuel de Protection des Majeurs

4

AVENANT N°

Par ce document, nous souhaitons réviser avec vous les objectifs personnalisés de votre mesure de protection.

Si votre état de santé ne le permet pas, un membre du conseil de famille, un parent ou une personne de votre entourage proche de vous, peut vous aider à compléter ce document, accompagné du délégué MJPM.

☞ **Personne protégée :**

Nom : _____

Prénom : _____

☞ **Délégué(e) du service Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs :**

Nom : _____

Prénom : _____

Coordonnées de la délégation (*cachet*) :

Courriel du délégué:

Le Document Individuel de Protection des Majeurs mentionné à l'article L.471-8 du Code de l'action sociale et de la famille « *est établi, en fonction d'une connaissance précise de la situation de la personne protégée et d'une évaluation de ses besoins ainsi que dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet de service* ».

Ce document est rempli en 1 exemplaire, une copie vous sera remise ou le cas échéant, à un de vos parents ou alliés.

Ce document sera accessible dans votre dossier administratif et informatisé en 02E – TRIBUNAL – DROITS DES USAGERS.

LES OBJECTIFS PERSONNALISES DE LA MESURE DE PROTECTION

	BESOINS		OBJECTIFS ET MOYENS
BUDGET		VOUS	
		ATMPM	
ADMINISTRATIF		VOUS	
		ATMPM	
LOGEMENT		VOUS	
		ATMPM	
SANTE		VOUS	
		ATMPM	
FAMILLE		VOUS	
		ATMPM	
PATRIMOINE		VOUS	
		ATMPM	
AUTRES		VOUS	
		ATMPM	

Je soussigné(e) M / Mme _____ certifie

- avoir participé au présent document,
- être en accord avec les objectifs retenus,
- refuser les objectifs retenus.

Fait à : _____ Le : _____

Signature :

La personne protégée étant dans l'incapacité de donner son consentement, un exemplaire du Document Individuel de Protection la concernant est remis à :

M / Mme : _____

Lien avec la personne protégée : _____

Fait à : _____ Le : _____

Signature :

L'Association Tutélaire des Majeurs Protégés de la Manche s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires au bon déroulement de la mesure de protection en vue des objectifs retenus.

Pour l'ATMPM,

Fait à : _____ Le : _____

Nom, Prénom : _____

Fonction : _____

Signature :

Visa du responsable de délégation