MODÈLE DE LETTRE D’ACCOMPAGNEMENT

Dépôt au tribunal-**RÉGIME DE PROTECTION**

Date

Greffe du district judiciaire de (*nom du district judiciaire*)

Adresse du palais de justice

**Objet :** dépôt au greffe du tribunal des réévaluations médicale et psychosociale recommandant la modification ou la fin du régime de protection

**Nom de la personne protégée :**

**Numéro de dossier à la cour :**

Tel que prévu à l’article 278 du Code civil, vous trouverez ci-joint la réévaluation médicale et la réévaluation psychosociale, de même que l’Avis dans le cadre de la réévaluation recommandant la modification ou la fin du régime de protection de (*nom de la personne protégée*).

Un chèque au montant de xx$ pour le paiement des frais judiciaires est joint à la présente.

Pour des informations complémentaires portant sur ce dossier, vous pouvez vous adressez à (*nom de la personne désignée à l’établissement ou évaluateurs*) au numéro de téléphone suivant :

Salutations

Signature et coordonnées de la personne désignée par l’établissement

p.j. avis dans le cadre de la réévaluation, réévaluation médicale, réévaluation psychosociale, copie du jugement prononçant le régime de protection actuel **seulement** s’il y a absence de jugement ou que le district judiciaire est différent.

MODÈLE DE LETTRE D’ACCOMPAGNEMENT

Dépôt au tribunal-**MANDAT**

Date

Greffe du district judiciaire de (*nom du district judiciaire*)

Adresse du palais de justice

**Objet :** dépôt au greffe du tribunal des réévaluations médicale et psychosociale recommandant la cessation des effets d’un mandat

**Nom du mandant:**

**Numéro de dossier à la cour :**

Tel que prévu à l’article 2173 du Code civil, vous trouverez ci-joint la réévaluation médicale et la réévaluation psychosociale constatant l’aptitude de (*nom du mandant*).

Un chèque au montant de xx$ pour le paiement des frais judiciaires est joint à la présente.

Pour des informations complémentaires portant sur ce dossier, vous pouvez vous adressez à (*nom de la personne désignée à l’établissement ou évaluateurs*) au numéro de téléphone suivant :

Salutations

Signature et coordonnées du **Directeur général ou du Directeur des services professionnels** de l’établissement

p.j. réévaluation médicale et réévaluation psychosociale