Formulaire à l'usage de la personne placée à des fins d'assistance

sur décision d'un médecin de premier recours faisant partie d’un cercle de garde

ou d'un médecin psychiatre assumant un service de piquet (indépendamment du fait qu’ils soient ou non de garde le jour du PAFA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom : ………………………………………………………………. Prénom : ………………………………..…..…………..…….……

Date de naissance : …………………………………….……. Filiation : ………………………………………………...………….

Etat civil : ………………………………………. Nationalité : ……………………………………….

Domicile habituel (adresse exacte) : ……………………………………………………………………………………………………………

Actuellement auprès de l'établissement sanitaire approprié : ……………..………….………………………………………………..

Pourvu(e) d'un curateur en la personne de : …………………….…………………………………………………………………………..

Adresse du curateur : ……………..……………………………………………………………….………………………………………………..

 Tribunal des mesures de contrainte

 Rue Mathieu-Schiner 1

 Case postale 2054

 1950 Sion 2

Madame la Juge,

Monsieur le Juge,

Conformément aux articles 439 du code civil suisse et 114 alinéa 1 lettre b de la loi d'application du code civil suisse, je dépose le présent

A P P E L

contre la décision de placement à des fins d'assistance prise le ………………………………….……………….…. par le médecin de premier recours ou le médecin psychiatre ………………………………….…………………………………………., et qui m'a été notifiée en mains propres le ……………………………………………………

Ceci en raison des faits et des motifs suivants :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

Outre mon audition, je propose les moyens de preuve suivants :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

et par ma signature expresse apposée ci-après (signature) ……………………………………………………

je délie du secret médical les médecins s'étant occupés de moi.

En conclusion je vous demande de procéder au contrôle judiciaire de la décision attaquée (art. 439 du code civil suisse) et d'ordonner ma libération.

Dans l'attente de votre décision, je vous prie de croire, Madame la Juge, Monsieur le Juge, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Lieu et date : ………………………………….……………….. Signature …………………….……………………………

Annexe : Copie de la décision du ………………………………….……………