



04

*Union Départementale des Associations Familiales
des Alpes de Haute-Provence*

RECEPISSE

Identité du mandataire judiciaire à la protection des majeurs ou de son représentant (par délégation le Délégué à la mesure de protection juridique)

Je soussigné(e),

Mon nom d'usage

Mon prénom

Ma date de naissance

Mon lieu de naissance

Code postal

Commune

Pays

Mon adresse

39 Boulevard Victor Hugo - BP 75

Code postal

04003

Commune

DIGNE LES BAINS CEDEX

Pays

FRANCE

Mon numéro de téléphone

04 92 30 57 10

Mon numéro de fax

04 92 30 57 14

Mon adresse de courrier électronique

Représentant le mandataire judiciaire à la protection des majeurs désigné ci-après :

La dénomination du service

UDAF - Service aux mesures de protection juridique

L'adresse du siège

39 Boulevard Victor Hugo - BP 75

Code postal

04003

Commune

DIGNE LES BAINS CEDEX

Pays

FRANCE

Le numéro de téléphone du siège

04 92 30 57 10

Le numéro de fax du siège

04 92 30 57 14

L'adresse de courrier électronique du siège

Certifie avoir expliqué et remis ce jour le ou les document(s) suivant(s) :

- ✓ La notice d'information ;
- ✓ La charte des droits et libertés de la personne majeure protégée ;
- ✓ Le règlement de fonctionnement

Identité de la personne protégée

Madame/Mademoiselle/Monsieur

Son nom de famille *(de naissance)*

Son nom d'usage *(ex. : nom marital)*

Ses prénoms *(dans l'ordre de l'état civil)*

Sa date de naissance

Son lieu de naissance

Code postal

Commune

Pays

Son adresse

Code postal

Commune

Pays

Son numéro de téléphone

Son numéro de fax

Son adresse de courrier électronique

Identité de la personne présente

Madame/Mademoiselle/Monsieur

Son nom d'usage

Son prénom

Son adresse

Code postal

Commune

Pays

Son numéro de téléphone

Son numéro de fax

Son adresse de courrier électronique

Lien avec la personne protégée (la personne présente indique si elle est un membre de la famille, le subrogé tuteur, une personne ayant des liens étroits et stables avec la personne protégée ou, si elle n'appartient pas à cette liste de personnes, sa qualité) :

Fait le (date) _____ à _____

Adresse

Code postal

Commune

Pays

Par

Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs ou son représentant :

Prénom

Nom d'usage

Signature

La personne protégée :

Prénom

Nom d'usage

Signature, précédée de la mention :
« Je certifie avoir pris connaissance du ou des présent(s) document(s) ».

Si la personne protégée ne peut pas ou refuse de signer le récépissé, veuillez le mentionner.

Si la personne protégée ne peut pas signer le récépissé, la personne présente :

Prénom

Nom d'usage

Signature, précédée de la mention :
« Je certifie avoir pris connaissance du ou des présent(s) document(s) ».

Si la personne présente refuse de signer le récépissé, veuillez le mentionner.