

M. ou Mme
Adresse :

Tel :
Email :

Adresse destinataire

Référence :
Objet : information mesure de protection

Date :

Madame, Monsieur,

Le jugement en date du , prononcé par le Tribunal Judiciaire (*ou de Proximité*) de m'a confié l'exercice de la mesure de (*tutelle /curatelle / mandat spécial*) de M. / Mmené(e) leà.....

En conséquence, je vous demande de bien vouloir :

- effectuer le remboursement des soins de cette personne protégée sur son compte bancaire dont vous trouverez le RIB ci-joint
- m'adresser sa carte de mutualiste (ou un duplicata) ainsi que le tableau de vos garanties associées à son contrat
- le cas échéant, m'adresser son attestation de complémentaire santé solidaire
- adresser tout courrier concernant cette personne protégée à l'adresse suivante :

Vos coordonnées

En vous remerciant,

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature

PJ : copie du jugement (*ou de l'ordonnance s'il s'agit d'un mandat spécial*) & RIB