

Votre activité

Votre demande d'agrément

Vous demandez un agrément pour exercer :

- La tutelle, la curatelle ou le mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice. Veuillez indiquer par ordre de préférence les tribunaux d'instance auprès desquels vous souhaitez exercer votre activité :

| | | | |
|---------|----------|----------|----------|
| 1 _____ | 6 _____ | 11 _____ | 16 _____ |
| 2 _____ | 7 _____ | 12 _____ | 17 _____ |
| 3 _____ | 8 _____ | 13 _____ | 18 _____ |
| 4 _____ | 9 _____ | 14 _____ | 19 _____ |
| 5 _____ | 10 _____ | 15 _____ | 20 _____ |

- La mesure d'accompagnement judiciaire. Veuillez indiquer par ordre de préférence les tribunaux d'instance auprès desquels vous souhaitez exercer votre activité :

| | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |
| 5 _____ | 6 _____ | 7 _____ | 8 _____ |
| 9 _____ | 10 _____ | 11 _____ | 12 _____ |
| 13 _____ | 14 _____ | 15 _____ | 16 _____ |
| 17 _____ | 18 _____ | 19 _____ | 20 _____ |

Le temps travaillé

Vous exercerez votre activité à temps : Complet Non complet Dans ce dernier cas, veuillez indiquer le nombre d'heures par semaine consacrées à chacune de vos autres activités professionnelles :

Le lieu d'exercice de votre activité

Vous exercerez votre activité à :

Votre domicile personnel Une adresse professionnelle Dans ce dernier cas, veuillez indiquer celle-ci : *rés. bât., apt, étage, n° de voie, lieu-dit* _____

Code postal : Commune : _____

Vos habilitations actuelles à exercer des mesures de protection ou vos demandes d'habilitation à exercer d'autres mesures ou dans d'autres départements

Veuillez remplir le tableau ci-dessous, y compris si vos habilitations sont antérieures au 1^{er} janvier 2009. En l'absence d'habilitation ou de demande d'habilitation, veuillez passer directement à la rubrique « Votre formation ».

| Départ. ou tribunal concerné | Nombre de mesures | | | Date de l'habilitation ou de la demande d'habilitation | Départ. ou tribunal concerné | Nombre de mesures | | | Date de l'habilitation ou de la demande d'habilitation |
|------------------------------|---|---|---|---|------------------------------|---|---|---|---|
| | Tutelles et autres | MAJ | MJAG | | | Tutelles et autres. | MAJ | MJAG | |
| _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | _____ | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |

Votre formation

Votre formation initiale

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et l'intitulé des diplômes ou titres obtenus :

| Date | Lieu | Intitulé du titre ou du diplôme obtenu |
|-------------------|-------------|---|
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |

Votre formation complémentaire relative à l'exercice de mesures de protection

Veillez indiquer la nature et la date des certificats nationaux de compétence de mandataire judiciaire à la protection des majeurs et le nom et l'adresse des organismes qui vous les ont délivrés :

| Nature du certificat | Date du certificat | Nom et adresse du centre de formation ayant délivré le certificat |
|--|---------------------------|--|
| Certificat national de compétence de mandataire judiciaire à la protection des majeurs mention « mesures judiciaires à la protection des majeurs » | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ _____ |
| Certificat national de compétence de mandataire judiciaire à la protection des majeurs mention « mesure d'accompagnement judiciaire » | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ _____ |

Votre formation continue

Veillez indiquer la date, le lieu et l'intitulé des dernières formations suivies :

| Date | Lieu | Intitulé du titre ou de la formation suivie |
|-------------------|-------------|--|
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |

Votre expérience

Votre expérience professionnelle

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et la nature de vos dernières expériences professionnelles :

| Date | Lieu | Nature de l'expérience professionnelle |
|-------------------|-------------|---|
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |

Vos autres expériences pertinentes au regard de l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et la nature de vos dernières autres expériences pertinentes au regard de l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs :

| Date | Lieu | Nature de l'expérience pertinente |
|-------------------|-------------|--|
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |

Vos garanties en cas d'engagement de votre responsabilité civile

Veillez indiquer les renseignements suivants relatifs à votre assurance en responsabilité civile :

Nom de la société d'assurance : _____ Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

- La date de prise d'effet de l'assurance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- La nature et le plafond des garanties, le cas échéant selon la nature du sinistre :

| |
|--|
| |
| |
| |

Renseignements complémentaires

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Renseignements concernant les secrétaires spécialisés

Si vous êtes assisté d'un ou plusieurs collaborateurs pour l'exercice de votre activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs, veuillez en indiquer le nombre : |_|_|

Veuillez joindre pour chaque collaborateur les pages 5 et 6 du présent formulaire.

Identité du secrétaire spécialisé

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 nationalité : Française Ressortissant de l'Espace Economique Européen Autre

Sa date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Son lieu de naissance : Code postal : |_|_|_|_|_| Commune/Pays : _____

Sa formation

Sa formation initiale

Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et l'intitulé des diplômes ou titres obtenus :

| Date | Lieu | Intitulé du titre ou du diplôme obtenu |
|-------------------|-------------|---|
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |

Sa formation continue

Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et l'intitulé des dernières formations suivies :

| Date | Lieu | Intitulé du titre ou de la formation suivie |
|-------------------|-------------|--|
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |

Son expérience

Son expérience professionnelle

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et la nature de ses dernières expériences professionnelles :

| Date | Lieu | Nature de l'expérience professionnelle |
|---------------------|-------------|---|
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |

Ses autres expériences pertinentes au regard de l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et la nature de ses dernières autres expériences pertinentes au regard de l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs :

| Date | Lieu | Nature de l'expérience pertinente |
|---------------------|-------------|--|
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _____ | _____ |

Ses fonctions actuelles ou celles que vous envisagez de lui confier

1) Le secrétaire spécialisé exerce-t-il ou exercera-t-il ses fonctions à temps complet ? Oui Non

2) Le secrétaire spécialisé exerce-t-il ou exercera-t-il ses fonctions auprès d'un ou plusieurs autres mandataires judiciaires à la protection des majeurs ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser les noms et prénoms des autres mandataires judiciaires à la protection des majeurs :

3) Veillez indiquer précisément les fonctions du secrétaire spécialisé :

Renseignements complémentaires

Annexes :

- Copie intégrale de l'acte de naissance,
- Extrait de casier judiciaire (bulletin n°3),
- Justificatif de domicile (copie du bail, contrat de domiciliation, copie de la lettre du propriétaire, copie du titre de propriété ou d'un autre document),
- Copie de l'attestation d'immatriculation de l'entreprise au centre de formalité des entreprises,
- Attestation d'assurance en responsabilité civile,
- Copie des contrats de travail des secrétaires spécialisés,
- Copie du certificat national de compétence de mandataire judiciaire à la protection des majeurs,
- Copie du projet de notice d'information dont le contenu est défini à l'annexe 4-2 du code de l'action sociale et des familles.

Fait le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 J J M M A A A A

À : _____

Par : _____

Signature