

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**POUR L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU**  
**REPRESENTANT DE L'ETAT (avec arrêté du Préfet)**

Je soussigné, Docteur.....

Adresse.....

.....

.....

**certifie avoir examiné, ce jour :**

NOM et Prénoms.....

Né(e) le.....

Demeurant :.....

.....

.....

(adresse complète)

Cette personne présente les symptômes suivants :

(indiquer les particularités de la maladie : l'énoncé d'un syndrome suffit le diagnostic n'est pas nécessaire, *le certificat médical doit permettre d'apprécier la nécessité des soins*).

M/Mme.....

présente des troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

En conséquence, je demande **l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat**

de M/Mme.....

dans un établissement spécialisé, selon l'article L3213-1 du Code de la Santé Publique (avec arrêté du Préfet).

Fait à.....le.....à.....(heure)..... signature