CERTIFICAT MEDICAL
POUR SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT (avec arrêté provisoire du Maire)

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 manifestes qui nécessitent des soins et constituent un danger imminent pour la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

En conséquence, je demande **l'admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat** de
M/Mme……..

dans un établissement spécialisé, selon l'article L3213-2 du Code de la Santé Publique (avec arrêté provisoire du Maire).

Fait à……le……à….……(heure)….. signature