

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

Je soussigné(e), Docteur.....

Médecin libéral / médecin exerçant à .....

Adresse.....

.....

.....

**certifie avoir examiné, ce jour :**

NOM et Prénoms.....

Né(e) le.....

Demeurant :.....

.....

.....

*(adresse complète)*

Cette personne présente les symptômes suivants :

*(Préciser l'objet exact et l'étendue des troubles, ce en quoi ils rendent impossible l'expression d'un consentement éclairé, et ce en quoi ils justifient de soins immédiats assortis d'une surveillance médicale continue - Tout autre élément de contexte peut être opportun).*

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 L3213-1 du Code de la Santé Publique (avec arrêté du Préfet).

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

Signature (et tampon)