

**DEMANDE D'ADMISSION**  
**En soins psychiatriques à la demande d'un tiers (L3212-1)**  
**ou en cas d'urgence (L3212-3)**

Je soussigné(e), (tiers demandeur) \_\_\_\_\_

né (e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

exerçant la profession de \_\_\_\_\_

et demeurant (adresse complète) \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**\*recopier ci-dessous la mention grisée en bas de page**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

de Monsieur, Madame (barrer la mention inutile)

**NOM et PRENOMS** de la personne à admettre \_\_\_\_\_

degré de parenté de la personne à admettre, à défaut, la nature du lien : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Situation de famille \_\_\_\_\_

Relevant d'une mesure de protection judiciaire :      oui – non

Si oui, nom du mandataire judiciaire à la protection du majeur : \_\_\_\_\_

Si oui, courriel du mandataire judiciaire à la protection du majeur : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) (adresse complète) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

agissant dans l'intérêt de cette personne dont l'état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier spécialisé et dont les troubles rendent impossible son consentement.

Je fonde ma demande sur le ou les certificats médicaux suivants :

- le Docteur \_\_\_\_\_ médecin à \_\_\_\_\_

et

- le Docteur \_\_\_\_\_ médecin à \_\_\_\_\_

Je produis une copie de ma pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou permis de conduire...)

Numéro de pièce :

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

*Signature,*

**\* demande l'admission au CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE (Savoie), en soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers, selon l'Article L 3212-1 ou L 3212-3 du Code de la Santé Publique.**

**TOURNEZ S.V.P. ➔**

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

---

NOM \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ parenté \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

---

---

## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

---

Nom et prénoms de l'assuré (e) \_\_\_\_\_

N° matricule \_\_\_\_\_ Caisse \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Mutuelle complémentaire \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° d'affiliation \_\_\_\_\_

Signature,