**Identification du Médecin**

Merci d’indiquer le N° d’ADELI OU RPPS en l’absence de cachet

CERTIFICAT MEDICAL

**Admission en Soins Psychiatrique sur Décision d’un Représentant de l’Etat**

(article L 3213-1 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e)

Docteur en médecine .......................................................................................................................................

certifie avoir examiné ce jour M................................

NOM, Prénom ............................................................................................................................

Date de naissance …………………………………………………………………………………

Domiciliée à ..................................................... ................................................

 .....................................................................................................................................................

Atteste que son comportement révèle les troubles mentaux manifestes suivants :

 .....................................................................................................................................................

 .....................................................................................................................................................

 .....................................................................................................................................................

 .....................................................................................................................................................

qui nécessitent des soins.

Son comportement compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l’ordre public.

En conséquence, ceci justifie ses Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l’Etat selon les termes de l’article L 3213-1 du Code de la Santé Publique dans un établissement mentionné aux articles L 3222-1 et suivants du même code.

A.......................................................

le..................................à …………h……..

Signature