

**CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION¹ EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU
REPRESENTANT DE L'ETAT**

(Certificat accompagné d'un arrêté du Maire)

Je soussigné(e) Dr , Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour
le

Nom Prénom

Né(e) le :

A :

Département :

Domicilié :
.....
.....
.....

Vu dans les circonstances suivantes (qui permettent la compréhension d'une dangerosité
ou d'une menace grave pour l'ordre public ou la sûreté des personnes :

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

Les troubles mentaux présentés par M..... ne lui
permettent pas de donner son consentement (attester du refus de soins) :

M..... présente des troubles mentaux compromettant la sûreté des
personnes et/ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public.

Son état nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante prévus
au titre de l'article L.3211-2-1 du CSP.

Par conséquent M..... doit être admis en soins psychiatriques
sur décision du Représentant de l'Etat, selon les termes de **l'article 3213-2 du CSP**.

M..... a été informé des soins le concernant et des voies de
recours.

Son état de santé lui a permis de faire valoir ses observations.

OU²

Son état de santé ne lui a pas permis de faire valoir ses observations au cours de l'entretien.

Nom et Prénom du médecin

Signature + Cachet

¹ Ce document doit être dactylographié.

² Barrer les mentions inutiles.