

**CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION<sup>1</sup> EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU  
REPRESENTANT DE L'ETAT**

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  
decision du Représentant de l'Etat, selon les termes de l'article **3213-1 du CSP**.

Fait à ..... , le

Nom et Prénom du médecin

Signature + Cachet

<sup>1</sup> Ce document doit être dactylographié.