

**CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION<sup>1</sup> 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.**

Fait à ..... , le

Nom et Prénom du médecin

Signature + Cachet

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