

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL DEVANT ETRE JOINT A L'ARRETE MUNICIPAL

à dactylographier* par le médecin traitant sur ordonnance portant justification de son inscription à l'Ordre des Médecins

*si le certificat ne peut être dactylographié le médecin doit en justifier.

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

Je soussigné, Docteur, médecin à, certifie avoir examiné ce jour :

M

Né le identité (veiller à la bonne orthographe), date naissance,

Domicilié adresse , doivent être en conformité avec les mentions

Profession portées sur l'arrêté municipal sous peine

d'invalidité de la demande

Et avoir constaté les troubles suivants :

-.....

-.....

Cet état mental est de nature à compromettre la sureté des personnes ou porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public

M..... doit être admis(e) en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État, conformément à l'article L. 3213-1 du Code de la Santé Publique, dans un établissement habilité au sens de l'article L. 3222-1 du Code de la Santé Publique.

Je certifie n'être parent ou allié, au quatrième degré inclus, ni du Directeur de l'établissement dans lequel la personne sus-citée sera accueillie, ni de la personne demandant les soins, ni de la personne nécessitant des soins.

Fait à, le

SIGNATURE et CACHET du médecin