

CERTIFICAT MEDICAL OU **AVIS MEDICAL**

Admission, à titre provisoire, en soins psychiatriques sur arrêté municipal
selon l'article L. 3213-2 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e), Docteur
Docteur en médecine, certifie ce qui suit concernant :

Mme/Melle/M :

Né(e)le : à

Demeurant à :

Circonstances ou faits motivant le présent certificat :

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

CERTIFICAT MEDICAL (EXAMEN DU PATIENT)

Il s'agit d'un(e) patient(e) présentant un tableau clinique comportant :

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

AVIS MEDICAL (EXAMEN DU PATIENT IMPOSSIBLE)

Description des éléments en la possession du médecin concernant les troubles mentaux connus qui compromettent, de manière imminente, la sécurité des personnes :

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

J'atteste que les troubles mentaux présentés par Mme/Melle/M.....
nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave,
à l'ordre public.

J'atteste que je ne suis pas psychiatre exerçant dans l'établissement destiné à accueillir ce (cette)
patient (e).

****L'intéressé(e) a pu faire valoir ses observations***

****En raison de son état clinique, l'intéressé(e) n'a pu faire valoir ses observations.***

Fait à.....

Le.....

Signature et cachet du médecin

- Rayer la mention inutile