

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DÉCISION DU**  
**REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT**

Je soussigné(e) Docteur .....

Domicilié(e) à .....

certifie avoir examiné, ce jour M.....

né(e) le /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ à .....

domicilié(e) à .....

Cette personne présente des troubles mentaux caractérisés par :

Etat mental de la personne :

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

Caractéristiques de la Maladie :

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

Nécessité de recevoir des soins :

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

Les troubles mentaux manifestes dont est atteint l'intéressé(e) nécessitent des soins, compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave à l'ordre public et rendent nécessaire son admission en milieu hospitalier, mentionné à l'article L.3222-1 du Code de la Santé Publique (Centre Hospitalier La Valette – 23320 SAINT VAURY), selon l'article L.3213-1 du Code de la Santé Publique.

A .....

le /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ à .....H.....

Cachet et Signature

Je suis dans l'impossibilité matérielle de dactylographier ce certificat médical

**NB : dans le cas où le médecin n'a pas son cachet, il reprecise son n° d'ordre. Pour les remplaçants, ils font figurer leur n° ADELI.**

\* Arrêté direct du préfet