



23320 SAINT VAURY  
Tél : 05.55.51.77.00

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**en vue de soins psychiatriques**  
**sur décision du représentant de l'Etat**  
*visée à l'art. L3213.1 du code de la Santé Publique*

Je soussigné(e), Docteur .....

exerçant à .....

certifie avoir examiné le ..... à ..... heure(s) .....

M. - Mme - Melle .....

né(e) le .....

demeurant à : voie/lieu-dit .....

Code Postal ..... Ville .....

et avoir constaté les troubles mentaux suivants :

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

J'atteste que ses troubles mentaux nécessitent des soins, compromettent la sûreté des personnes, ou portent de façon grave, atteinte à l'ordre public et rendent nécessaire son admission au Centre Hospitalier La Valette de Saint-Vaury (établissement habilité selon l'art. 3222-1) sous la forme de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, en application de l'art. L3213-1 du Code de la Santé Publique.

Fait à ..... Le.....

Cachet et Signature du Médecin

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.**