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