

# CERTIFICAT MEDICAL

SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT  
(articles L.3213-1 et L.3213-2 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné (1) \_\_\_\_\_, Docteur en Médecine,  
certifie avoir examiné ce jour (2)M \_\_\_\_\_

et avoir constaté (3) \_\_\_\_\_

***Il est donc nécessaire de faire hospitaliser ce malade qui nécessite des soins en raison de troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public, sans son consentement, dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du Code de la Santé Publique.***

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et signature du médecin

(1) nom du médecin

(2) nom, prénom, date de naissance et adresse du patient

(3) art.L.3213-1 : "au vu d'un certificat médical circonstancié", qui doit décrire avec précision l'état mental de l'intéressé (arrêt du Conseil d'Etat du 3 mars 1995)