



**Attestation de remise au patient d'une décision  
relative à des soins psychiatriques sous contrainte**

**Je, soussigné(e),**

Madame/Monsieur.....

demeurant.....

reconnais avoir reçu ce jour une copie de la décision de soins psychiatriques sous contrainte me concernant, établie par.....(*directeur de l'établissement ou représentant de l'Etat*) le.....

Fait à .....Le .....

Signature de l'agent ayant remis  
la copie de la décision

Signature du patient

