

Avis médical pour l'admission sur décision du représentant de l'Etat par une mesure provisoire ordonnée par un maire (article L 3213-2 du Code de la santé publique)

Le _____ à _____ .h _____

Je soussigné(e),
Nom, prénom _____ médecin, _____
Fonction / Adresse professionnelle _____

Atteste que :

M., Mme, Mlle _____

Né(e) le _____ à _____

Demeurant _____

Son état mental à ce jour (*caractériser les troubles et les critères indiqués ci-dessous.*) :

- ses troubles nécessitent des soins
- ses troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public
- son comportement révèle des troubles mentaux manifestes
- son comportement présente un danger manifeste pour la sûreté des personnes

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4^{ème} degré inclusivement ni avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec la personne à admettre en soins.

Signature