

**Certificat médical pour l'admission sur décision du représentant de l'Etat  
(article L. 3213-1 du Code de la santé publique)**

Le .....à .....h.....

Je soussigné(e),  
Nom, prénom..... docteur en médecine,  
Fonction / Adresse professionnelle.....

Certifie avoir examiné :

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

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

Signature