

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

Le à h

Je soussigné(e),

Nom, prénom docteur en médecine,

Fonction / Adresse professionnelle

Certifie avoir examiné :

M., Mme

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^{ème} degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec la personne à admettre en soins.

Signature