

**Soins sur décision du représentant de l'Etat
Avis médical à l'appui d'une mesure
provisoire ordonnée par un maire ou, à Paris, un commissaire de police
(article L 3213-2 CSP)**

Le à h

Je soussigné(e),

Nom, prénom médecin,

Fonction / Adresse professionnelle

Atteste que :

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
- son comportement révèle des troubles mentaux manifestes
- son comportement présente un danger imminent 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