

**CERTIFICAT MEDICAL POUR SOINS PSYCHIATRIQUES  
SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en Médecine,  
certifie avoir examiné ce jour :

Mr, Mme, Mlle \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à : \_\_\_\_\_

et avoir constaté les faits suivants (*description des symptômes sans précision de diagnostic*).

---

---

---

Ces troubles sont liés à une affection mentale dont les manifestations compromettent l'ordre public et/ou la sûreté des personnes.

En conséquence, son admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat est donc nécessaire conformément aux termes des articles : [L 3213-1](#) et [L 3213-2](#) du code de la santé publique (Loi n°2011-803 du 05 Juillet 2011).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Signature, Tampon et N° d'Ordre du médecin rédacteur :*