

**CERTIFICAT MEDICAL POUR UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES  
SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT  
(en cas de danger imminent pour la sureté des personnes)**

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour : .....

M .....

Né(e) le .....

domicilié(e) .....

.....

et avoir constaté les troubles mentaux suivants : .....

**Ce malade nécessite des soins en raison de ses troubles mentaux qui présentent un danger imminent pour la sureté des personnes. Dans ces conditions, il doit être hospitalisé en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat selon les termes de l'article L 3213.2 du Code de la Santé Publique.**

- L'intéressé(e) a pu faire valoir ses observations.
- En raison de l'état clinique de l'intéressé(e), ses observations n'ont pu être recueillies.

Fait à

Le  
Heure

✍ Signature

*Sur la base de ce certificat, le Maire prend un arrêté provisoire d'admission en soins psychiatriques qui doit être adressé dans les 24h au Préfet qui statue.*