



CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DÉCISION DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT

Code de la Santé Publique (Article L 3213.1).

Je soussigné(e), Docteur, médecin, certifie avoir examiné ce jour :

.....
né(e) le, à,
âgé(e) de ans, domicilié(e) à :

.....
.....

qui présente :

.....
.....

J'estime que ces troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public et qu'il/elle doit être admis(e) en soins psychiatriques à temps complet sur décision du représentant de l'Etat au Centre Hospitalier de Jury, conformément à l'article L.3213.1 du Code de la Santé Publique.

Le patient a été informé

Fait à

Le

Signature