

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL POUR UNE MESURE DE SOINS SUR
DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT

Je soussigné(e) docteur... ..

Certifie avoir examiné ce jour, M.

Né(e) le.....à

Domicilié(e)

Profession

Et avoir constaté les troubles mentaux suivants :

.....
.....
.....
.....

Ces troubles compromettant l'ordre public et/ou la sûreté des personnes.

Dans ces conditions ce(tte) patient(e) doit être hospitalisé(e) dans un établissement habilité au titre de l'article L 3222-1 du Code de la Santé Publique en référence à :

- **l'article L3213-1 (arrêté préfectoral) du Code de la Santé Publique (1)**
- **l'article L3213-2 (arrêté municipal) du Code de la Santé Publique (1)**
- **l'article L3213-7 du Code de la Santé Publique (1)**
- **l'article L3214-3 du Code de la Santé Publique (1)**

Certificat établi à.....

Le (Jour)

ÀH..... (Horaire obligatoire)

Signature :