

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL EN VUE D'UNE HOSPITALISATION D'OFFICE
Article 3213-2 du code de la santé publique

Je soussigné, , Docteur en médecine, Certifie que l'état de santé de :

M : Né(e) le : Demeurant à :

Présente les troubles mentaux suivants :

Nécessite son hospitalisation d'office au Centre Hospitalier de , en application de l'article

L. 3213-2 du Code de la Santé Publique, ce malade présentant des troubles compromettant l'ordre public et la sûreté des personnes.

Fait à : le : Signature :