

**MODÈLE DE MESURE PROVISOIRE D'HOSPITALISATION
D'OFFICE A SIGNER PAR LE MAIRE**

République FRANCAISE
Département de Loire-Atlantique
Commune de :

REQUISITION

Nous,

Maire de la commune de :

Vu l'article L.3213-2 du Code de la Santé Publique

Vu l'article médical en date du : de :

M. le Docteur : de :

Attestant que M. M (nom, prénom, âge, domicile)

Né(e) le

Domicilié à

est atteint de maladie mentale, le rendant dangereux pour
lui-même et pour autrui, et que son état nécessite son
hospitalisation d'office au Centre Hospitalier de :

Vu l'imminence du danger, (*)

Considérant que M

Requérons le Directeur du Centre Hospitalier de :
d'admettre immédiatement dans son établissement :

M

Fait à : le
Le Maire,

(*) relater ici les agissements du malade