

**DEMANDE D'HOSPITALISATION
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
A LA DEMANDE D'UN TIERS**

CE CERTIFICAT DOIT ETRE RECOPIE A LA MAIN PAR LE DEMANDEUR

Je soussigné(e), (nom et prénom du demandeur) :

Né(e) le : / / à :

Adresse précise :

Boite postale :

Téléphone :

Profession :

Demande - en qualité de : conjoint(e) père / mère frère / sœur
 oncle / tante cousin / cousine
 autre tiers (préciser) :

L'hospitalisation de :

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / / à :

Adresse :

Profession :

Sous le régime de l'hospitalisation à la demande d'un tiers en application de la loi n° 2011-803 du 05 juillet 2011 modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013.

Fait ce jour pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à (lieu) : le (date) :

Signature du demandeur :