

**CERTIFICAT MEDICAL  
D'HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT  
POUR PERIL IMMINENT**

Je soussigné(e), docteur :

demeurant (lieu d'exercice) :

certifie avoir examiné ce jour **LE** ..... à ..... **H** ..... (**date, heure**)

**A** ..... (**lieu**)

Madame

Mademoiselle

Monsieur

**Nom :**

**Prénom(s) :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Adresse :**

et avoir constaté les troubles suivants :

*Description précise des troubles*

**Cet état empêche le consentement aux soins et impose des soins immédiats dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques sans consentement pour péril imminent, 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.

**Cachet et signature du médecin**