1. **Utiliser le papier à en-tête de votre Commune**
2. **Actualiser les élements surlignés dans ce document**

* **en vert : supprimer l’élément inutile**
* **en jaune : remplacer les champs par les données actualisées**

1. **Supprimer la surbrillance**
2. **Ne pas oublier la signature, le cachet et la date !**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ARRETE MUNICIPAL**

**PORTANT ADMISSION PROVISOIRE EN SOINS PSYCHIATRIQUES**

Le Maire de la commune de

VU le Code Général des Collectivités Territoriales, et notamment les articles L2212-1 et L2212-2 6e

VU le Code de la Santé Publique, et notamment les articles L.3213-1 et L3213-2,

VU l’arrêté de délégation de signature du maire en date du JJ/MM/AAAA, le cas échéant,

VU le certificat / l’avis médical en date du JJ/MM/AAAA, établi par le Docteur Prénom NOM du médecin,

Considérant que :

Madame / Monsieur Prénom NOM de la personne concernée par l’admission

Né(e) le : JJ/MM/AAAA à lieu de naissance

Demeurant à : Adresse

Code Postal VILLE

*(Décrire* ***précisément les faits à l’origine de la procédure*** *et insister sur l’imminence d’un danger pour la sureté des personnes : les faits décrits sur le certificat médical)*

Considérant qu’il résulte du certificat / de l’avis médical du Docteur Prénom NOM du médecin, joint au présent arrêté, que Madame / Monsieur Prénom NOM de la personne concernée par l’admission présente des troubles mentaux manifestes constituant un danger imminent pour la sûreté des personnes,

Considérant que ces circonstances nécessitent de prendre en urgence des mesures provisoires,

**ARRETE**

**Article 1 :**

Est ordonnée l’admission à titre provisoire en soins psychiatriques, dans l’attente d’une décision du représentant de l’Etat dans le département, de Madame / Monsieur Prénom NOM de la personne concernée par l’admission au centre hospitalier de nom de l’établissement de santé et commune d’implantation.

**Article 2 :**

Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé.

**Article 3 :**

Copie du présent arrêté accompagné du certificat / de l’avis médical sera transmise dans les 24 heures au préfet / à la préfète de/du/de l’ Nom département et à l’agence régionale de santé, au directeur du nom de l’établissement de santé.

**Article 4 :**

Les forces de police/gendarmerie et le directeur du centre hospitalier de nom de l’établissement de santé sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l’exécution du présent arrêté.

**Article 5 :**

La régularité et le bien-fondé de cette décision peuvent être contestés devant le juge des libertés et de la détention du Tribunal Judiciaire de nom du tribunal judiciaire du ressort du lieu de l’établissement d’accueil du patient, conformément aux articles L.3211-12 et suivants et L.3216-1 du Code de la santé publique.

Fait à : …..................................................... le JJ/MM/AAAA hh/mm (Attention doit être postérieure à celle inscrite sur le certificat médical).

Nom, prénom, qualité du signataire,

Signature et cachet de la mairie