

Identification du prescripteur

Date : le/...../.....

Je soussigné(e), Dr
certifie avoir examiné le
M./Mme.
né(e) le
à
domicilié(e) à.....
et avoir constaté l'altération de ses facultés mentales (et/ou corporelles).

Ce(tte) patient(e) me paraît avoir besoin de la mise en place d'une mesure de protection pour les actes de la vie civile et devrait, dans ces conditions, être placé sous un régime de sauvegarde de justice.