

Attestation à remplir par le médecin traitant

Je, soussigné (e) docteur

.....
.....

Atteste que Madame, Monsieur¹, (NOM, Prénom, date de naissance) :

.....
.....
.....
.....
.....

dispose de toutes ses facultés pour comprendre et signer le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et tout élément permettant à la personne de formaliser des choix qui la concerne avec son consentement libre et éclairé.

ne dispose pas de toutes ses facultés et nécessité le recours à une mesure de protection sous réserve de l'avis du médecin expert.

Fait à :

Le :

Signature :

Tampon du médecin :

¹ Rayer la mention inutile