

**A COMPLETER DE FACON MANUSCRITE
ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
À LA DEMANDE D'UN TIERS
(CSP : L.3212-1 II, 1° et L 3212-3)**

LA DEMANDE DE TIERS

Informations sur le tiers :

Je soussigné(e) M^{me} / M.

Né(e) le à Profession :

Justificatif n° de l'identité du tiers

carte d'identité, passeport, permis de conduire, autre

Adresse Domicile :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

Mail :@.....

Membre de la famille (préciser le lien de parenté) :

Personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci (*à l'exclusion du personnel soignant du CH du ROUVRAY*)

Préciser la nature des relations :

Tuteur ou curateur (joindre une copie du jugement)

**LA FORMULE CI-DESSOUS EST A RETRANSCRIRE
OBLIGATOIREMENT DE FACON MANUSCRITE**

**« DEMANDE A MONSIEUR LE DIRECTEUR L'ADMISSION EN SOINS
PSYCHIATRIQUES AU CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY DE : »**

Informations sur le patient :

M^{me} / M.

Né(e) le à Profession :

Justificatif n° de l'identité du patient

carte d'identité, passeport, permis de conduire, autre

Adresse Domicile :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

Signature du tiers-demandeur

Fait à Le