

Attestation à signer par un professionnel de santé

Je soussigné(e), **Dr [Nom Prénom]**

Profession : [Pédopsychiatre / Psychiatre / médecin]

N° RPPS : [Numéro RPPS]

Adresse professionnelle : [Adresse]

.....

Certifie avoir examiné :

[Prénom NOM du mineur/majeur]

Né(e) le **[Date de naissance]**

Dans le cadre de cet examen, il apparaît que le patient présente une situation de souffrance psychique caractérisée par une vulnérabilité nécessitant une prise en charge et un accompagnement appropriés, afin de prévenir tout risque de passage à l'acte suicidaire.

En cas d'enfant mineur, la présente attestation est établie à la demande du représentant légal, Madame/Monsieur

Elle est strictement limitée aux informations nécessaires au traitement de la demande d'intervention sociale et les personnes concernées consentent au traitement de données à cette fin.

Fait à **[Ville]**, le **[Date]**

Signature et cachet (obligatoire) du professionnel de santé