

Je soussigné(e) _____
(nom du médecin en caractères d'imprimerie)

médecin traitant, mets fin par les présentes au statut de malade en cure obligatoire de

(nom et prénoms du/de la malade en caractères d'imprimerie)

de/du _____
(nom de l'établissement psychiatrique en caractères d'imprimerie)

cette personne est maintenant un malade en cure facultative ou volontaire.

J'ai examiné le/la malade pour la dernière fois le _____ .
(date)

Le certificat d'admission en cure obligatoire ou certificat de renouvellement ou de maintien le plus récent, pour ce/cette malade, a été signé le _____ .
(date)

La décision de mettre un terme au statut de malade en cure obligatoire se fonde sur les facteurs suivants:

Fait le _____
(jour / mois / année)

(signature du médecin traitant)