

**CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT DE LA
LEVÉE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT**

(RLRQ, c. P-38.001, art. 12.)

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

Contexte de la garde en établissement

Type de garde en établissement : ☐ Garde préventive ☐ Garde provisoire ☐ Garde autorisée

Date de l'ordonnance rendue par le tribunal :

Année

Mois

Jour

Opinion du médecin

☐ J'atteste que la garde en établissement de la personne ci-haut mentionnée n'est plus nécessaire le :

Année

Mois

Jour

Les motifs de cette attestation sont les suivants :

Année Mois Jour Signature du médecin Numéro de permis de pratique

Le certificat doit être versé au dossier de l'utilisateur.