

FORMULE 30

CERTIFICAT D'INCAPACITÉ
(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.36(3))

Je soussigné(e) _____
(nom du psychiatre traitant)

de _____,
(adresse)

psychiatre traitant de _____,
(nom du malade)

malade admis à _____,
(nom de l'établissement psychiatrique)

ai personnellement examiné le malade le _____ 20 _____.

Après avoir dûment enquêté sur tous les faits nécessaires pour fonder un avis concluant, je suis
d'avis que le malade n'est pas capable de gérer ses biens.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis sont les suivantes:

Fait le _____ 20 _____.

Signature du psychiatre traitant