MODELE DE LETTRE POUR FAIRE APPEL AU JLD

Prénom/Nom

Adresse

Téléphone

Adresse mail

Unité de soins Magistrat du Siège

Tribunal judiciaire de RENNES

7 rue PIERRE ABELARD

CS 73127

35031 – RENNES

A RENNES, le / /

**Objet :** Demande de recours contre la mesure de soins sans consentement.

Madame, Monsieur le Magistrat du Siège,

Par la présente, je me permets de solliciter un recours contre la mesure de soins sans consentement, conformément aux dispositions de l’article L.3211-12 du Code de la santé publique.

En effet, une mesure de soins sans consentement a été prononcée à mon encontre le / / par le Centre hospitalier GUILLAUME REGNIER, et je conteste cette décision pour les raisons suivantes :

Je vous remercie par avance de l’attention que vous porterez à ma situation.

Dans cette attente, je vous prie de croire, Madame, Monsieur le Magistrat du Siège, à l’expression de mes salutations respectueuses.

NOM/PRENOM