



**FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**  
(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

**Je soussigné(e),**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à .....

**Nomme la personne de confiance suivante :**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à .....

Domicilié(e) à : .....

.....

Numéro de téléphone Personnel : ..... .....

Professionnel : ..... .....

Portable : ..... .....

➤ **Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :**  Oui  Non

➤ **Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :**  Oui  Non

Fait le ..... / ..... / ..... à .....

Signature

Signature de la personne de confiance

## CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance  
Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce  
formulaire, est bien l'expression de votre volonté.

**Témoïn 1** : Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

atteste que Mr, Mme .....

- A désigné librement avec un consentement éclairé sa personne de confiance
- lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer
- lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées:  Oui  Non

Fait le ..... / ..... / ..... à .....

Signature :

**Témoïn 2** : Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

atteste que Mr, Mme .....

- A désigné librement avec un consentement éclairé sa personne de confiance
- lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer
- lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées:  Oui  Non

Fait le ..... / ..... / ..... à .....

Signature :