



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 :