

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE*

Nom et prénoms :

Né(e) le : à :

Domicilié(e) à

.....

*Au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique.

Si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ».

La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter. En aucun cas, elle ne prend de décision.

**Merci de remplir la partie ci-dessous si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e)
la désignation de votre personne de confiance,
sinon vous pouvez passer au verso.**

Vous pouvez désigner deux témoins pour remplir votre document :

Témoin 1 : je soussigné(e),

Nom et prénoms :

Qualité :

**Atteste que la désignation de la personne de confiance ci-après est bien l'expression de la
volonté libre et éclairée de M. ou Mme**

Date :

Signature :

Témoin 2 : je soussigné(e),

Nom et prénoms :

Qualité :

**Atteste que la désignation de la personne de confiance ci-après est bien l'expression de la
volonté libre et éclairée de M. ou Mme**

Date :

Signature :

Je soussigné(e) , nom, prénoms, date et lieu de naissance :

.....
.....

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone privé :

Téléphone Professionnel :

Téléphone Portable :

Mail :

➤ 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

OU

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Fait le : **à :**

Signature :