

**Formulaire désignation de la personne de confiance****Nom et coordonnées de ma personne de confiance**

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et 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.

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Date de naissance :Lieu de naissance :

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone privé :Professionnel : Portable :

e-mail :

- Je lui fais 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

Votre signature :

Signature de la personne de confiance :

**Formulaire désignation de la personne de confiance****Cas particulier**

Si vous êtes dans l'impossibilité 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 le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoign N°1 : Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M ou Mme.....

Né(e) le :

Fait le à.....

Signature

Témoign N°2 : Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M ou Mme.....

Né(e) le :

Fait le à.....

Signature



Formulaire désignation de la personne de confiance