

## Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

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

*nomme la personne de confiance suivante*

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé :  professionnel :  portable :

E-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 ☐

Fait à :     le :

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 le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

**Témoign 1 : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

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

→ que M \_\_\_\_\_ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui ☐ non ☐

→ que M \_\_\_\_\_ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui ☐ non ☐

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature

**Témoign 2 : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

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

→ que M \_\_\_\_\_ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui ☐ non ☐

→ que M \_\_\_\_\_ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui ☐ non ☐

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature