

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :

Oui

Non

- ❖ Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, 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 :

Cosignature de la personne de confiance :



Personne de confiance : Annexe 2

Formulaire de révocation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Né(e) le _____ à _____

Met fin à la désignation de

Nom et prénom :

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

Téléphone fixe professionnel portable

E-mail :

Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à _____, le _____

Signature :



Personne de confiance : Annexe 3

Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation 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.

1. Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance

<p><u>Témoin 1 :</u> Je soussigné(e) Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) :</p> <p>atteste que la désignation de Nom et prénom :</p> <p>comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : Nom et prénom :</p> <p>Fait à : le :</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p>	<p><u>Témoin 2 :</u> Je soussigné(e) Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) :</p> <p>atteste que la désignation de Nom et prénom :</p> <p>comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : Nom et prénom :</p> <p>Fait à : le :</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p>
---	---

Partie facultative**Je soussigné(e)**

Nom et prénom :

atteste également que :

Nom et prénom :

a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :

oui **non**

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**

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées

oui **non**

Fait à

le

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative**Je soussigné(e)**

Nom et prénom :

atteste également que :

Nom et prénom :

a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :

oui **non**

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**

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées

oui **non**

Fait à

le

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

--	--

2. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

<p><u>Témoïn 1 :</u></p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom :</p> <p>Qualité (lien avec la personne) :</p> <p>atteste que : Nom et prénom :</p> <p>a mis fin à la désignation de Nom et prénom :</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.</p> <p>Fait à</p> <p>le</p> <p>Signature du témoin :</p>	<p><u>Témoïn 2 :</u></p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom :</p> <p>Qualité (lien avec la personne) :</p> <p>atteste que : Nom et prénom :</p> <p>a mis fin à la désignation de Nom et prénom :</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.</p> <p>Fait à</p> <p>le</p> <p>Signature du témoin :</p>
---	---



Personne de confiance : Annexe 4

Modèle d'attestation relative à l'information sur la personne de confiance

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Fonctions dans l'établissement :

atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom :

Né(e) le à

Attestation signée à _____ , le

Signature du directeur ou de son représentant :

Cosignature de la personne accueillie :