



CENTRE HOSPITALIER
DU SUD SEINE ET MARNE
FONTAINEBLEAU • MONTEREAU-FAULT-YONNE • NEMOURS

Formulaire de désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e) :

Ou étiquette

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Sous tutelle : ☐ Oui* ☐ Non * *Si oui, fournir l'accord du juge des tutelles
ou du conseil des familles*

Désigne :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec le patient) : _____

Adresse : _____

Tel fixe _____ Portable : _____

E-mail _____

comme **personne de confiance** en application de l'article L. 1111-6 du code
de la santé publique.

Par ailleurs,

> 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 :

Cosignature de
la personne de confiance :

Cas particulier : désignation de la personne de confiance en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e)

Témoin 1 :

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

✓ **atteste** que la désignation de :
Nom et prénom :

comme personne de confiance en application de l'article en application de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom :

✓ **atteste également** que :
Nom et prénom :

- 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 :

Témoin 2 :

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

✓ **atteste** que la désignation de :
Nom et prénom :

comme personne de confiance en application de l'article en application de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom :

✓ **atteste également** que :
Nom et prénom :

- 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 :