

Annexe 4

Formulaire de désignation 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

Désigne

Nom et prénom:

.....

Né(e) le à

Qualité (lien avec la personne):

.....

Adresse:

Téléphone fixeprofessionnel

Téléphone portable

E-mail:

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

Fait à, le

.....

Signature:

Co signature de la personne de confiance:

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:

Co signature de la personne de confiance:

Annexe 5

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 Téléphone professionnel

Téléphone 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 :

Annexe 6

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.

Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance

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 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:

Fait à **le**

Signature du témoin:

Co signature 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:

Co signature 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 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:

Fait à **le**

Signature du témoin:

Co signature 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:

Co signature de la personne de confiance:

Annexe 7

Formulaires des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de révocation de la personne de confiance

Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

Témoïn 1:

Je soussigné(e) Nom et prénom:

Qualité (lien avec la personne): atteste que:

Nom et prénom:

A mis fin à la désignation de Nom et prénom: Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles; 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.

Fait à le

Signature du témoin:

Témoïn 2:

Je soussigné(e) Nom et prénom:

Qualité (lien avec la personne): atteste que:

Nom et prénom:

A mis fin à la désignation de Nom et prénom: Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles; 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.

Fait à le

Signature du témoin: