

**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 fixe professionnel / 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](#).

**Ne désigne pas**

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**