

Association
de Bienfaisance



12460 SAINT AMANS DES COTS

TEL : 05.65.44.85.06 – Fax : 05.65.44.88.07

Email : residencesaintjean@orange.fr

Annexe 1 : FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE D CONFIANCE MENTIONNEE A L'ARTICLE L.311-5-1 DU CASF

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.**

Fait à _____, le _____

Signature : _____ Cosignature de la personne de confiance : _____

Partie facultative

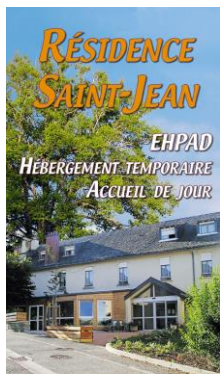
Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :
oui **non**

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 : _____ Cosignature de la personne de confiance : _____



12460 SAINT AMANS DES COTS

TEL : 05.65.44.85.06 – Fax : 05.65.44.88.07

Email : residencesaintjean@orange.fr

Lorsque le résident est sous mesure de protection judiciaire et que le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué, autorise la personne chargée de la protection à le représenter ou l'assister pour les actes relatifs à sa personne, la désignation de la personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille ou à défaut du juge des tutelles.

Lorsque la personne de confiance a été désignée antérieurement au prononcé de la mise sous protection, le conseil de famille ou le juge le cas échéant, doit confirmer ou révoquer sa mission.

FORMULAIRE A DESTINATION DES TEMOINS EN CAS D'IMPOSSIBILITE D'ECRIRE SEUL(E) LE FORMULAIRE EN ANNEXE 1

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.

Témoïn 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 :

Cosignature de la personne de confiance :

Témoïn 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 :

Cosignature de la personne de confiance :



12460 SAINT AMANS DES COTS

TEL : 05.65.44.85.06 – Fax : 05.65.44.88.07

Email : residencesaintjean@orange.fr

Association
de Bienfaisance

SOLEA
Occupement

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 :