





## 12460 SAINT AMANS DES COTS

TEL : 05.65.44.85.06 – Fax : 05.65.44.88.07

Email : [residencesaintjean@orange.fr](mailto: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](mailto: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 :