



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 du résident :

Né(e) le : A

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 du résident

Signature de la personne désignée

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 faire 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 pas plus en état de m'exprimer :oui non

La personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Un formulaire de révocation est disponible au sein de l'établissement.

Fait à, le

Signature

Signature de la personne de confiance



Attestation relative à l'information sur la personne de confiance à conserver par l'établissement

Vous pouvez lors de votre entrée aborder ce sujet et obtenir plus d'information auprès du médecin ou du cadre.

Je soussigné(e) :

Nom et prénom :

Fonction(s) :

Dans l'établissement :

Atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom :

Né(e) le : à

Attestation signée à, le

Signature du Directeur
ou de son représentant

Signature de la personne accueillie ou de
la personne ayant déposé la demande d'entrée

Si le résident est dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e), les formulaires de désignation et de révocation de la personne de confiance sont à remplir par deux témoins.

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

1. Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance.

<p>Témoïn 1 : Je soussigné(e) Nom et prénom :</p> <p>Qualité (lien avec la personne) atteste que la désignation de : Nom et prénom :</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : Nom et prénom :</p> <p>Fait à, le Signature du témoin : signature de la personne de confiance :</p> <p>- à 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>- 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>- lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à, le Signature du témoin Signature de la personne de confiance</p>	<p>Témoïn 2 : Je soussigné(e) Nom et prénom :</p> <p>Qualité (lien avec la personne) atteste que la désignation de : Nom et prénom :</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : Nom et prénom :</p> <p>Fait à, le Signature du témoin : signature de la personne de confiance :</p> <p>- à 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>- 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>- lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à, le Signature du témoin Signature de la personne de confiance</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

<p>Témoïn 1 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom :</p> <p>Qualité (lien avec la personne)</p> <p>Atteste que Nom et prénom :</p> <p>A mis fin à la désignation de Nom et prénom :</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>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 la santé publique</p> <p>Fait à, le</p> <p>Signature du témoin</p>	<p>Témoïn 2 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom :</p> <p>Qualité (lien avec la personne)</p> <p>Atteste que Nom et prénom :</p> <p>A mis fin à la désignation de Nom et prénom :</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>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 la santé publique</p> <p>Fait à, le</p> <p>Signature du témoin</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------