

## Directives anticipées

### Mon identité

Nom et prénoms :

.....Né(e) le  
:

à : .....

Domicilié(e) à :

.....  
.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :-

j'ai l'autorisation du juge "Oui" Non-

du conseil de famille "Oui" Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

## Nom et coordonnées de ma personne de confiance

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ».

La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer :

elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....  
.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms :

.....Domicil  
ié(e) à :

.....

Téléphone privé : .....

Téléphone professionnel : .....

Email : .....

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés 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 le .....à .....

Votre signature

Signature de la personne de confiance au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique