

**Annexe 2      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.**

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 :**