

**Je soussigné.e :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

*Cadre réservé aux services de soins*

*Je certifie,*

Nom et Prénom : .....

Fonction : .....

*Que la personne ci-contre est en incapacité de s'exprimer.*

Le : ..... Signature :

**J'AI BIEN REÇU LES INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE DE CONFIANCE ET JE L'AUTORISE A PARTICIPER AU SUIVI DE MON PROJET DE SOINS PERSONNALISE.**

**JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE.**

**JE SOUHAITE DESIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Tél : ..... - ..... - ..... - ..... - ..... (Fixe) / ..... - ..... - ..... - ..... - ..... (Portable)

Lien avec le patient (parent, ami...) : .....

Fait à Err le .....

Signature du patient / résident :

**EN CAS D'INCAPACITE PHYSIQUE A ECRIRE SEUL.E :**

<p><b>Témoïn n°1</b></p> <p>Je soussigné.e,</p> <p>NOM Prénom : .....</p> <p>Atteste que Mr / Mme .....</p> <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- souhaite désigner comme personne de confiance la personne désignée ci-dessus.</li> <li>- ne souhaite pas désigner de personne de confiance.</li> </ul> <p><i>(rayer la mention inutile)</i></p> <p>Fait à ....., le : .....</p> <p>Signature du témoin :</p>	<p><b>Témoïn n°2</b></p> <p>Je soussigné.e,</p> <p>NOM Prénom : .....</p> <p>Atteste que Mr / Mme .....</p> <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- souhaite désigner comme personne de confiance la personne désignée ci-dessus.</li> <li>- ne souhaite pas désigner de personne de confiance.</li> </ul> <p><i>(rayer la mention inutile)</i></p> <p>Fait à ....., le : .....</p> <p>Signature du témoin :</p>
--	--

**Cadre réservé à la personne de confiance**

Je certifie, ..... avoir été informé.e de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à Err, le : .....

Signature de la personne de confiance :