

**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 PERSONNALISÉ.

☐ 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'INCAPACITÉ PHYSIQUE À ÉCRIRE SEUL.E :

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Témoign n°1</b><br>Je soussigné.e,<br>NOM Prénom : .....<br>Atteste que Mr / Mme .....<br>.....<br>- souhaite désigner comme personne de confiance la personne désignée ci-dessus.<br>- ne souhaite pas désigner de personne de confiance.<br><i>(rayer la mention inutile)</i><br>Fait à ....., le : .....<br>Signature du témoin : ..... | <b>Témoign n°2</b><br>Je soussigné.e,<br>NOM Prénom : .....<br>Atteste que Mr / Mme .....<br>.....<br>- souhaite désigner comme personne de confiance la personne désignée ci-dessus.<br>- ne souhaite pas désigner de personne de confiance.<br><i>(rayer la mention inutile)</i><br>Fait à ....., le : .....<br>Signature du témoin : ..... |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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 : .....