



Formulaire Directives anticipées

Je, soussigné(e), Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Énonce ci-dessous mes directives anticipées dans le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté :

Fait à :

Le :

Signature :

Si les directives anticipées ne sont pas conservées dans le dossier médical, merci de préciser la personne qui les détient et ses coordonnées :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :