



FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussignée(e), nom, prénom,
date de naissance.....
adresse

Désigne M., Mme, Mlle
nom, prénom,.....
adresse,.....
.....
tél
E-mail.....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant etc.)
.....
.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance.

Fait à....., le.....

Signature du Bénéficiaire :

Signature de la personne désignée
(Recommandée)

Formulaire à retourner, par courrier postal, à l'association :

AFAD IDF
135 Rue du Mont Cenis
75018 PARIS

