

**FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

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

Désigne M., Mme.  
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**