

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