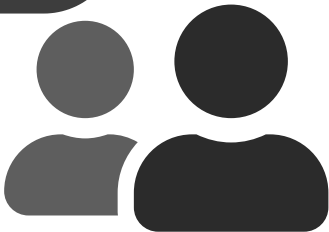


personne de  
confiance



# PERSONNE DE CONFIANCE

En vertu de l'article L.1111-6 du Code de la santé publique  
je soussigné(e) \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

désigne comme **personne de confiance** :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Date

Signature