



Diocèse de Saint Claude
HOSPITALITE JURASSIENNE

21, rue Saint Roch 39800 POLIGNY
Tél. 03 84 24 82 05 Courriel : hospitalite@eglisejura.com



Service des Pèlerinages - Agrément Atout France N° IM 039 11 0008

PELERINAGE 2018 à NOTRE-DAME DE LOURDES

du dimanche 8 avril matin au samedi 14 avril au soir

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

Nom, Prénom

Date de naissance

Adresse.....

Désigne M. Mme Melle

Nom, Prénom

Adresse.....

Tél.....

E-mail

Lien avec la personne (parent, proche, médecin traitant)

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

- jusqu'à ce que j'en décide autrement
- uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que Mr, Mme, Melle.....

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen

Visa de la personne désignée (recommandé)

Fait le à

(Signature)