

DÉCLARATIONS ANTICIPÉES DE FIN DE VIE

Nom, prénom.....

**Cette carte atteste de l'existence de
déclarations anticipées de fin de vie me concernant**

Personne à contacter :

.....

.....

(Nom, prénom, téléphone, Gsm)



DÉCLARATIONS ANTICIPÉES DE FIN DE VIE

Refus de soins—Non acharnement thérapeutique

Euthanasie Obsèques, sépultures

Don d'organes Don du corps à la science

Cocher la/les case(s) adéquate(s)

Date

Signature