Personnes de confiance désignées

à remplir par l'adhérent(e)

Nom/Prénom : THOMAS Damien

Tél. : _____ Mobile : 06 77 05 42 18

Ou, à défaut, Nom/Prénom : THOMAS Alexandre

Tél. : _____ Mobile : 06 40 55 29 90

Ou, à défaut, Nom/Prénom : GENTY Olivier (médecin)

Tél. : _____ Mobile : 06 60 46 95 54

Carte de membre

130, rue Lafayette
75010 Paris
01 48 00 04 16
ADMD-Écoute :
01 48 00 04 92
www.admd.net

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ.

Carte de membre

Période 2021/2022

Nom : THOMAS

Prénom : Thibault

Date de naissance : 06/02/1958

Adhérent(e) n° : 169506 **depuis le:** 19/05/2019

Code postal : 34410

J'ai rédigé mes directives anticipées et désigné mes personnes de confiance depuis le . Ce document est consultable et imprimable, y compris par le médecin hospitalier, sur mon espace personnel à partir du site **www.admd.net** ou peut être obtenu auprès de l'ADMD.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause, ou d'un accident grave entrainant une dégradation irréversible de mes facultés,
je déclare solennellement (vous pouvez rayer les mentions jugées inutiles) :

- refuser tous les traitements, dont l'alimentation et l'hydratation, y compris pour les affections intercurrentes.
- demander que soient soulagées toutes mes douleurs.
- demander à bénéficier d'une sédation profonde et continue.
- dans l'hypothèse où cela deviendrait légalement possible, demander à bénéficier d'une aide active à mourir.

Signature : Thibault THOMAS

C.E.I. m5it8cn7

(Se reporter à mes directives anticipées pour plus de précisions)