admd
POUR UNE LOI DE LIBERTÉ

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité
Association agréée par le ministère de la santé pour représenter les usagers de santé

Paris, le 27 avril 2022

Le Trésorier,

Monsieur Thibault THOMAS
9 impasse Les Hauts de Sérignan
34410 Serignan

Monsieur,

Vous voudrez bien trouver ci-dessous votre carte de membre pour la période indiquée.

Elle comporte toutes les informations qui vous seront nécessaires. Vous voudrez bien la compléter (recto et verso) au stylo bille (pas de stylo plume), la signer, la détacher soigneusement et la conserver précieusement sur vous.

En cas de vol ou de perte, vous pourrez facilement imprimer un duplicata depuis votre espace personnel sur le site www.admd.net, tout comme vous pouvez imprimer une copie de votre formulaire de directives anticipées (si vous l'avez préalablement fournie à l'ADMD).

Je vous remercie sincèrement de la confiance que vous témoignez à notre association et vous prie de croire à ma très amicale considération.

Votre délégué (e) :
Noëlle Messina Peretti
admd34@admd.net
07 49 58 13 62

Benjamin Mattely

Votre adresse mail (sauf erreur) : contact@thomas34.fr

Carte à compléter au stylo bille.

Carte de membre

Période 2022/2023

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)

04/2020

Carte à compléter au stylo bille.

Personnes de confiance désignées

à remplir par l'adhérent(e)

Nom/Prénom : THOMAS Damien

Tél. : _____ Mobile : 0677054218

~~Ou, à défaut,~~ Nom/Prénom : THOMAS Alexandre

Tél. : _____ Mobile : 0640552990

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

Tél. : _____ Mobile : 0660469554

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.