



Paris, le 23 avril 2024



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](http://www.admd.net), tout comme vous pouvez imprimer une copie de votre formulaire de directives anticipées (si vous l'avez préalablement transmise à l'ADMD) ou télécharger le formulaire vierge si vous ne les avez pas rédigées.**

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](mailto:admd34@admd.net)  
07 49 58 13 62

Benjamin Mattely

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

▼ CARTE DE MEMBRE À DÉTACHER CI-DESSOUS ▼

Carte de membre

Période 2024/2025

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](http://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 entraînant 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 :

C.E.I.

Carte à compléter au stylo bille.

### 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 : Det GENTY Olivier

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.**