Hôpital Val du Madon	**MES DIRECTIVES ANTICIPEES**

Je soussigné(e) ……

Né(e) le :……

Demeurant : ……
……
……
……

Enonce ci-dessous mes directives anticipées après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés pour que le jour où je ne pourrai plus prendre une décision moi-même, soient respectées les dispositions suivantes :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Fait à Mirecourt, le……..

Signature du patient