

**Attestation d'apprentissage et d'éducation pour une délégation de gestes liés à des soins telle que définie par l'article L. 1111-6-1 du code de la santé publique**

Mr/Mme \_\_\_\_\_, ci-dessous désigné « **le demandeur** »  
(Assisté de deux témoins en cas d'impossibilité d'écrire)  
Né le \_\_\_\_\_, majeur ne bénéficiant pas d'une mesure de tutelle complète,  
Adresse : \_\_\_\_\_

**Et**

Mr/Mme \_\_\_\_\_, ci-dessous désigné « **l'aidant** »<sup>1</sup>

Rémunéré par le demandeur

Aidant « naturel » (bénévole) choisi par le demandeur

**Il est convenu de réaliser le protocole d'éducation et d'apprentissage suivant :**

**1. Désignation**

Le demandeur désigne l'aidant, qui accepte, pour l'aider dans l'accomplissement de gestes liés à des soins qu'il ne peut réaliser en raison de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique.

**2. Suivi du programme d'éducation et d'apprentissage**

L'aidant s'engage à suivre ce protocole d'éducation et d'apprentissage personnalisé pour le bénéfice du demandeur.

**3. Gestes concernés**

Les soins concernés sont prescrits par un médecin. Les gestes liés à ces soins ne pourront être effectués par l'aidant sur aucune autre personne que le demandeur signataire du présent protocole ni hors du cadre défini par ce protocole.

Ces gestes sont les suivants :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**4. Professionnel de santé référent**

Le demandeur a désigné :

- Mr/Mme \_\_\_\_\_, professionnel de santé : \_\_\_\_\_

, comme référent pour la mise en œuvre de l'éducation et l'apprentissage. Le demandeur et l'aidant doivent lui faire part, sans délai, de toute difficulté d'application.

Si les gestes appris concernent des soins infirmiers, le professionnel de santé référent est un médecin ou un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'état.

**5. Assurance**

Les interventions de l'aidant sont couvertes par la responsabilité du demandeur qui l'a désigné.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20\_\_

En 3 exemplaires (un remis à chaque signataire)

**Signatures :**

**Le demandeur**

**L'aidant**

**Le professionnel de santé référent**

<sup>1</sup> Un protocole différent est rempli et signé pour chaque aidant désigné par le demandeur