

(Volet à remplir par le **médecin**, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès

• date (JJMMAAAA)

16 / 02 / 2026

• heure (HHMM)

7 h 00 m

2. Lieu de décès

☐

• maison privée

☐

• voie publique

☒

• institution hospitalière

☐

• lieu de travail

☐

• maison de repos

☐

• autres, précisez

3. Sexe du décédé

☒

• masculin

☐

• féminin

☐

• indéterminé



005351 - 3/3