

(Volet à remplir par le médecin et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom du décédé HOUZE WILLY
Epoux(se) ou veuf(ve) de
Résidence habituelle: commune TOURNAI
rue, n° RESIDENCE PICAU VENT 114
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès 16 / 02 / 2026 7 h 00 m
Adresse du décès: commune TOURNAI
rue, n° AVENUE DELHÉE 9

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe du décédé

☒ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé

Obstacle médico-légal
à l'inhumation ou à la crémation (1)

☐ oui ☒ non

Obstacle au
don du corps (2)

☐ oui ☒ non

Obligation de mise immédiate:
• en cercueil hermétique (3)

☐ oui ☒ non

Obstacle à la pratique éventuelle
des opérations suivantes:

- crémation (4)
• soins de conservation (5)
• transport avant la mise en bière (6)

☐ oui ☒ non

☐ oui ☒ non

☐ oui ☒ non

Risques d'exposition
aux radiations ionisantes (3)

☐ oui ☒ non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et n° d'inscription à l'Ordre des Médecins ou n° INAMI) Dr MUYSHONDT Mandy
CHwapi - Tournai
1-14099-88-000
Assist. Méd. Interne

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le 16/02/2026 à 8 h 20 heure.

Signature et cachet du médecin

- (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
(2) Le défunt présente un risque de contamination visés sous le n°(3).
(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre, hémorragique virale, variole et autres orthopox viroses;
B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. 16 mai 1963 - art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
(5) - cfr (2) et (3).
- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.
(6) cfr (2) et (3).

CHwapi - Tournai
Dr MUYSHONDT Mandy
1-14099-88-000
Assist. Méd. Interne