**DÉCLARATION DE DÉCÈS**

N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(A déclarer dans les 24 heures qui suivent le décès au Service de l’Etat-Civil)*

Je soussigné(e)………………………………………………………..………déclare que :

NOM :

Prénom(s) :

De sexe : 🞏M 🞏F né(e) le  à

Domicilié(e) à

Est décédé(e)

**Date et heure du décès**

Date du décès :

Date de découverte du corps : Date estimée du décès :

Heure du décès : Heure du décès estimée :

**Lieu de décès**

🞏 Domicile 🞏 Logement 🞏 Etablissement hospitalier 🞏 Clinique privée 🞏 Hospice ou une maison de retraite

🞏 Voie ou lieu public 🞏 Autre

Adresse (*sauf domicile*) :

**Renseignements sur le (la) défunt(e) :**

Défunt adopté. Nom et Prénoms du parent adoptif :

Retraité 🞏 Inactif  🞏 Actif 🞏 *(cochez la case valide)*

Profession :

Nationalité :

🞏 Célibataire 🞏 Marié(e) 🞏 Veuf(e) 🞏 Séparé(e) 🞏 Divorcé(e) 🞏 Sans renseignement

NOM et Prénom(s) du (de la) conjoint(e) :

**Renseignement sur le père du défunt :**

NOM et Prénoms :

Décédé : 🞏Oui 🞏Non

Profession :

Domicilié à :

**Renseignement sur la mère du défunt :**

Nom et Prénoms :

Décédée : 🞏Oui 🞏Non

Profession :

Domicilié à :

Communiqué de presse : 🞏Oui 🞏Non

Madame ou Monsieur (1) autorise le service de l’Etat Civil de la ville

de à communiquer à la presse locale les nom et prénoms du défunt. Fait à ,

(1) Personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles Le

 *Signature obligatoire*

Signature du déclarant

*La Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d’accès et de rectification pour les informations les concernant*