



Région : _____
Département : _____
Arrondissement : _____
District de Santé : _____
Aire de santé : _____
Formation Sanitaire : _____
Ville ou Village ou Quartier : _____

Region: _____
Division: _____
Subdivision : _____
Health District : _____
Health Facility: _____
Town or Village or Quarter : _____

DECLARATION DE DECES/DEATH DECLARATION N° _____/20__

Partie à détacher et à transmettre au centre d'état civil/Section to be detached and transmitted to the civil status registrar

Section 1 : INFORMATIONS SUR LE DEFUNT/DECEASE INFORMATION (Instruction n° 1)

*Noms / Name :	*Prénoms / Surname :		
*Sexe/ Sex :	<input type="checkbox"/> Masculin / Male	<input type="checkbox"/> Féminin / Female	
Date de naissance / Date of birth :	Age/ Age :	Lieu de naissance / Place of birth :	
Nationalité / Nationality :	N°CNI ou autres/N°NIC or Others :		
Profession / Profession :	Domicile/Domicile :		
Statut matrimonial / Marital status :	<input type="checkbox"/> Célibataire/Single	<input type="checkbox"/> Marié(e) / Married	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)/Divorced <input type="checkbox"/> Veuf(ve)/Widow

Section 2 : INFORMATIONS SUR LE DECES / INFORMATION ON DEATH (Instruction n° 2)

*Date de décès / Date of death:	Heure du décès / Time of death:				
*Lieu du décès / place of death :					
Site du décès/death site :	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Hôpital/hospital	<input type="checkbox"/> Communauté/community	<input type="checkbox"/> Prison	<input type="checkbox"/> Voie publique/non place
	<input type="checkbox"/> Lieu de travail/pace of work	<input type="checkbox"/> Autre/others			
Circonstances du décès / Circumstances of death :					
<input type="checkbox"/> Maladie/ Illness <input type="checkbox"/> Accident/Accident <input type="checkbox"/> Agression physique/Assault <input type="checkbox"/> Suicide/Suicide <input type="checkbox"/> Guerre/War <input type="checkbox"/> catastrophe naturelle/natural disaster <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)/others (please specify)					

Section 3 : INFORMATIONS SUR LE DECLARANT / NOTIFIER INFORMATION (Instruction n° 3)

*Noms et Prénoms / Name and Surname		
*Qualité / Status :		
Contact / Phone number :		
Nous attestons que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes. we testify that the information provided in this form are valid.	Signature : (Père / Mère / Enfant/Conjoint/Personne en charge du défunt) / Father / Mother/ Child/Spouse/ Person in charge of the deceased	Date (jj/mm/aaaa-dd/mm/yyyy)
	Signature du déclarant / Notifier signature	Date (jj/mm/aaaa-dd/mm/yyyy)

Section 4 : PARTIE RÉSERVÉE À L'OFFICIER D'ÉTAT CIVIL / RESERVED SECTION OF THE CIVIL STATUS REGISTRAR

J'atteste avoir reçu cette déclaration de décès/ I testify to have received this birth declaration. Noms et prénom / Name and Surname : _____ Qualité/Status : _____ Centre d'état civil/ Civil Status Registrar Office _____	Signature	Date de réception (jj/mm/aaaa)/ reception date (dd/mm/yyyy)
--	-----------	---