

**VOLET ADMINISTRATIF** à remplir par le médecin ayant constaté le décès

Je soussigné(e) M. Alexiane SAUSSAC, docteur en médecine, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant.  
(Nom lisible en majuscules) (voir au verso 1)  
Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : 10 / 02 / 2024 à 3 h 00  
À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL**

COMMUNE DE DÉCÈS : DONARIN  
Code postal : 383100  
NOM : SARTOR  
NOM de jeune fille, le cas échéant : \_\_\_\_\_  
Prénoms : SINONE  
Date de naissance : 18/09/1936 Sexe : ☐ M ☒ F  
Domicile : 6 avenue Planchenet  
38300 DONARIN

**INFORMATIONS MÉDICO-LÉGALES**

Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : ☐ oui ☒ non  
Même en ce cas, remettre au maire l'ensemble du certificat de décès.  
Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) : ☐ oui ☒ non  
- dans un cercueil hermétique : ☐ oui ☒ non  
- dans un cercueil simple : ☐ oui ☒ non  
Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : ☐ oui ☒ non  
Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) : ☐ oui ☒ non  
Recherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours) par prélevement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) : ☐ oui ☒ non  
Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) : ☐ 48h ☐ 72h  
Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) : ☐ oui ☒ non  
Signature et cachet obligatoire du médecin : ☐ oui ☒ non  
SIGNATURE : Dr Alexiane SAUSSAC le 10/02/2024  
et cachet obligatoire de la commune : 4 imp. de la Forge  
38080 FOUR

À LA MAIRIE


Volet 1 à conserver par l'opérateur funéraire  
Tél : 04 74 27 34 62 - Fax 04 70 62 56 85  
38 107 8516  
SAUS 30100 0213 (7/11) Ref. 332509 - Fabriqué en France

Volet à détacher selon les modalités, à clore, et à joindre au bulletin d'Etat civil correspondant (bulletin 7 de décès), au moment de l'envoi au médecin de l'Agence régionale de santé

**TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS - VOLET MÉDICAL**

Commune d'enregistrement du décès

\_\_\_\_\_

N° de l'acte de décès

\_\_\_\_\_

(à renseigner par la mairie)

N° d'ordre du décès

\_\_\_\_\_

N° du

\_\_\_\_\_

département