RÉPUBLIQUE DE GUINÉE

Travail - Justice - Solidarité

Région Administrative : .....
Préfecture / Ville : .....
Commune (U/R) : .....
Centre d'État Civil : .....

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE DÉCÈS

Déclaration obligatoire à souscrire auprès de l'officier de l'état civil (Loi portant Code de l'État Civil en Guinée)

N° de Déclaration : **Date de déclaration :** ...../...../20..... **N° Registre / Feuillet :**

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE / LA DÉFUNT(E)

Nom : ..... **Prénom(s) :** .....

Sexe : ☐ Masculin (M) ☐ Féminin (F) **Date de naissance :** ..... / ..... / 19..... (Âge : ..... ans)

Lieu de naissance : ..... **Nationalité :** .....

Profession : ..... **Dernier Domicile :** .....

Statut Matrimonial : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf / Veuve ☐ Divorcé(e)
Nom du Conjoint : .....

Père (Nom & Prénom) : ..... **Mère (Nom & Prénom) :** .....

2. CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Date du décès : Le ..... / ..... / 20..... à ..... h ..... min **Lieu du décès :** ☐ Structure Sanitaire ☐ Domicile ☐ Voie publique / Autre

Nom Formation / Quartier : .....

Cause du décès : ☐ Maladie / Cause Naturelle ☐ Accident ☐ Autre / Inconnue **N° Certificat de Décès :** .....

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE / LA DÉCLARANT(E)

Nom : ..... **Prénom(s) :** .....

Lien / Qualité : ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant / Parent ☐ Médecin / Agent de santé ☐ Chef de Quartier / Autre **Téléphone :** .....

Domicile actuel : ..... **N° Pièce Identité :** .....

Rappel Légal : Conformément au Code de l'État Civil de la République de Guinée, tout décès doit être déclaré à l'officier de l'état civil dans les délais fixés par la loi sur la base d'un certificat constatant le décès délivré par un médecin ou une autorité compétente.

LE / LA DÉCLARANT(E)	MÉDECIN / AGENT DE SANTÉ	L'OFFICIER D'ÉTAT CIVIL
Nom, Date & Signature / Empreinte digitale	*Signature & Cachet du médecin constateur*	*Nom, Signature & Cachet Officiel*