

	<b>Royaume de Belgique</b> <b>Province de Liège</b> <b>COMMUNE DE SPRIMONT</b> Rue du Centre, 1 – 4140 Sprimont	Tél. : 04/382.18.91 Fax : 04/382.32.16
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

## DECLARATION ANTICIPEE RELATIVE A L'EUTHANASIE

Page 1/7

### Rubrique I. Données obligatoires

#### A. Objet de la déclaration anticipée

##### Madame

demande que, dans le cas où elle n'est plus en état d'exprimer sa volonté, un médecin applique l'euthanasie si on satisfait à toutes les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

confirme la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le .....

révise la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le .....

retire la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le .....

#### B. Données personnelles du requérant

Mes données personnelles sont les suivantes :

**Résidence principale :**

**Adresse :**

**Numéro national :**

**Naissance :**

#### C. Caractéristiques de la déclaration anticipée

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Elle est approuvée par la signature des deux témoins majeurs, dont un au moins n'a aucun intérêt matériel au décès du requérant et le cas échéant, d'une (des) personnes(s) de confiance.

Je souhaite que cette déclaration anticipée soit respectée.

#### D. Témoins

Les témoins en présence desquels je rédige cette déclaration anticipée, sont :

1er témoin :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Résidence principale** : \_\_\_\_\_

**Adresse complète** : \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification dans le registre national** : \_\_\_\_\_



Royaume de Belgique  
Province de Liège  
**COMMUNE DE SPRIMONT**  
Rue du Centre, 1 – 4140 Sprimont

Tél. : 04/382.18.91  
Fax : 04/382.32.16

## DECLARATION ANTICIPEE RELATIVE A L'EUTHANASIE

Page 2/7

**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_  
**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_  
**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

2ème témoin :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_  
**Résidence principale** : \_\_\_\_\_  
**Adresse complète** : \_\_\_\_\_  
**Numéro d'identification dans le registre national** : \_\_\_\_\_  
**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_  
**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_  
**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

### Rubrique II. Données facultatives

#### **A. Les personnes de confiance éventuellement désignées**

Comme personne(s) de confiance, dont je souhaite qu'elle(s) soi(en)t immédiatement informée(s) si je me trouve dans une situation dans laquelle la déclaration anticipée pourrait être d'application et qu'elle(s) soi(en)t impliquées pendant la procédure, je désigne par ordre de préférence :

1ère personne de confiance :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_  
**Résidence principale** : \_\_\_\_\_  
**Adresse complète** : \_\_\_\_\_  
**Numéro d'identification dans le registre national** : \_\_\_\_\_  
**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_  
**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_  
**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

2ème personne de confiance :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_  
**Résidence principale** : \_\_\_\_\_  
**Adresse complète** : \_\_\_\_\_  
**Numéro d'identification dans le registre national** : \_\_\_\_\_  
**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_



Royaume de Belgique  
Province de Liège  
**COMMUNE DE SPRIMONT**  
Rue du Centre, 1 – 4140 Sprimont

Tél. : 04/382.18.91  
Fax : 04/382.32.16

## DECLARATION ANTICIPEE RELATIVE A L'EUTHANASIE

Page 3/7

**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_

**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

3ème personne de confiance :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Résidence principale** : \_\_\_\_\_

**Adresse complète** : \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification  
dans le registre national** : \_\_\_\_\_

**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_

**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_

**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

4ème personne de confiance :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Résidence principale** : \_\_\_\_\_

**Adresse complète** : \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification  
dans le registre national** : \_\_\_\_\_

**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_

**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_

**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

5ème personne de confiance :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Résidence principale** : \_\_\_\_\_

**Adresse complète** : \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification  
dans le registre national** : \_\_\_\_\_

**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_

**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_

**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

6ème personne de confiance :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Résidence principale** : \_\_\_\_\_

**Adresse complète** : \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification  
dans le registre national** : \_\_\_\_\_

**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_



Royaume de Belgique  
Province de Liège  
**COMMUNE DE SPRIMONT**  
Rue du Centre, 1 – 4140 Sprimont

Tél. : 04/382.18.91  
Fax : 04/382.32.16

## DECLARATION ANTICIPEE RELATIVE A L'EUTHANASIE

Page 4/7

**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_

**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

7ème personne de confiance :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Résidence principale** : \_\_\_\_\_

**Adresse complète** : \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification  
dans le registre national** : \_\_\_\_\_

**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_

**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_

**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

8ème personne de confiance :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Résidence principale** : \_\_\_\_\_

**Adresse complète** : \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification  
dans le registre national** : \_\_\_\_\_

**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_

**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_

**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

9ème personne de confiance :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Résidence principale** : \_\_\_\_\_

**Adresse complète** : \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification  
dans le registre national** : \_\_\_\_\_

**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_

**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_

**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

10ème personne de confiance :

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Résidence principale** : \_\_\_\_\_

**Adresse complète** : \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification  
dans le registre national** : \_\_\_\_\_

	<b>Royaume de Belgique</b> <b>Province de Liège</b> <b>COMMUNE DE SPRIMONT</b> Rue du Centre, 1 – 4140 Sprimont	<u>Tél.</u> : 04/382.18.91 <u>Fax</u> : 04/382.32.16
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

**DECLARATION ANTICIPEE RELATIVE A L'EUTHANASIE**

**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_  
**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_  
**Lien de Parenté éventuel** : \_\_\_\_\_

**B. Données à mentionner par la personne qui n'est pas physiquement capable de rédiger et de signer une déclaration anticipée.**

La raison pour laquelle je ne suis pas physiquement capable de rédiger et de signer cette déclaration anticipée est la suivante :

.....

Comme preuve, je joins un certificat médical en annexe.

J'ai désigné .....  
pour consigner par écrit cette déclaration anticipée.

Les données personnelles des personnes précitées sont les suivantes :

**Résidence principale** : \_\_\_\_\_  
**Adresse complète** : \_\_\_\_\_  
**Numéro d'identification dans le registre national** : \_\_\_\_\_  
**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_  
**Naissance (date et lieu)** : \_\_\_\_\_  
**Lien de parenté éventuel** : \_\_\_\_\_



Royaume de Belgique  
Province de Liège  
**COMMUNE DE SPRIMONT**  
Rue du Centre, 1 – 4140 Sprimont

Tél. : 04/382.18.91  
Fax : 04/382.32.16

## DECLARATION ANTICIPEE RELATIVE A L'EUTHANASIE

Page 6/7

La présente déclaration a été rédigée en ..... exemplaires signés qui sont conservés (à un endroit ou chez une personne) :

---

---

Fait à Sprimont le ...../...../.....

Sceau

Pour l'Officier de l'Etat civil,  
l'agent délégué,  
Brigitte Warin

Date et signature du requérant et des deux témoins

Date	
Signature du requérant	
Signature du 1er témoin	Signature du 2ème témoin

### **Date et signature de la (des) personne(s) de confiance désignée(s), le cas échéant**

Date	Nom et prénom	Signature

Date et signature de la personne désignée en cas d'incapacité physique du requérant (le cas échéant)



**Royaume de Belgique**  
**Province de Liège**  
**COMMUNE DE SPRIMONT**  
Rue du Centre, 1 – 4140 Sprimont

Tél. : 04/382.18.91  
Fax : 04/382.32.16

**DECLARATION ANTICIPEE RELATIVE A L'EUTHANASIE**

Page 7/7

Date	Nom et prénom	Signature