

Luxembourg, le _____

CERTIFICAT MEDICAL
en vue d'une incinération

Le soussigné(e) _____, médecin à _____
certifie par la présente, en vue de l'incinération de la dépouille
mortelle de

décédé(e) à Luxembourg, le ____ / ____ / _____ à ____ h ____ m,
(jj) (mm) (aaaa)

qu'il n'existe ni signes, ni indices de mort violente.

Le présent certificat est établi conformément à l'article 20 de la loi
du 1^{er} août 1972 portant réglementation de l'inhumation et de
l'incinération des dépouilles mortelles.

Malade porteur d'un pace maker :
(stimulateur cardiaque)

OUI
(cocher ce qui
convient)
NON

cachet

(Signature)