

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<sup>er</sup> 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)