



5, rue Gallieni - Im. Gallieni - 2^{ème} étage
BP 823 - 98845 NOUMÉA NOUVELLE-CALÉDONIE
☎ (687) 28 31 56 Fax : (687) 28 81 48 e-mail : itsee@itsee.nc

Ne rien inscrire dans cette colonne

7 bis AVIS DE DÉCÈS

Destiné à l'ISEE

Registre de l'année	2 0 0							
Commune (a)								
Statut								
N° d'acte								
DATE DU DÉCÈS								
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">2 0 0</td> </tr> <tr> <td align="center"><i>Jour</i></td> <td align="center"><i>Mois</i></td> <td align="center"><i>Année</i></td> </tr> </table>			2 0 0	<i>Jour</i>	<i>Mois</i>	<i>Année</i>		
		2 0 0						
<i>Jour</i>	<i>Mois</i>	<i>Année</i>						

A. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEFUNT		
1	NOM (patronymique) <input type="text"/> <i>(en majuscules)</i>	
2	Pénoms <input type="text"/>	
3	Domicile Commune <input type="text"/> Province, Département ou pays <input type="text"/> Numéro et rue <input type="text"/>	
4	Sexe Masculin <input type="checkbox"/> 1 Féminin <input type="checkbox"/> 2	
5	Né(e) à Commune <input type="text"/> Province, Département ou pays <input type="text"/>	
6	Né(e) le Jour, mois, année <input type="text"/>	
7	Profession Profession (b) <input type="text"/> Situation (c) Salarié de l'Etat ou <input type="checkbox"/> Autre salarié <input type="checkbox"/> A son compte <input type="checkbox"/> des collectivités locales	
8	État matrimonial légal Célibataire <input type="checkbox"/> 1 Marié (e) <input type="checkbox"/> 2 → Veuf (ve) <input type="checkbox"/> 3 → Divorcé (e) <input type="checkbox"/> 4 →	Année de naissance du conjoint survivant <input type="text"/> Année du mariage dissous par ce décès <input type="text"/> Année de veuvage <input type="text"/> Année de jugement <input type="text"/>
9	Nationalité Française <input type="checkbox"/> 1 Etrangère <input type="checkbox"/> 2 Préciser <input type="text"/>	
10	Le défunt est-il inscrit sur la liste électorale de votre commune ? Oui <input type="checkbox"/> 1 Si Oui, il est rappelé qu'en vertu du Code électoral Non <input type="checkbox"/> 2 (art. R* 18) il doit être radié sans délai de cette liste électorale.	

B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEFUNT	
11	Lieu du décès Logement ou domicile <input type="checkbox"/> 1 Hospice, maison de retraite <input type="checkbox"/> 4 Établissement hospitalier <input type="checkbox"/> 2 Voie ou lieux public <input type="checkbox"/> 5 Clinique privée <input type="checkbox"/> 3 Autres lieux <input type="checkbox"/> 6

L'Officier de l'État Civil

DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE NOUVELLE-CALÉDONIE

BP 3 278, 98846 NOUMÉA NOUVELLE-CALÉDONIE
© 24 37 00 Fax : (687) 24 37 02



**Destiné au Médecin-Inspecteur
Territorial de la Santé de la DTASS**

Ne rien inscrire dans cette colonne

Registre de l'année	2 0 0	
Commune (a)		<input type="text"/>
Statut		<input type="text"/>
N° d'acte		<input type="text"/>
DATE DU DÉCÈS		
	2 0 0	
Jour	Mois	Année

A. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEFUNT		
3	Domicile	Commune <input type="text"/>
		Province, Département ou pays <input type="text"/>
		Numéro et rue <input type="text"/>
4	Sexe	Masculin <input type="checkbox"/> 1 Féminin <input type="checkbox"/> 2
5	Né(e) à	Commune <input type="text"/>
		Province, Département ou pays <input type="text"/>
6	Né(e) le	Jour, mois, année <input type="text"/>
7	Profession	Profession (b) <input type="text"/>
		Situation (c) Salarié de l'Etat ou <input type="checkbox"/> Autre salarié <input type="checkbox"/> A son compte <input type="checkbox"/> des collectivités locales
8	État matrimonial légal	Célibataire <input type="checkbox"/> 1 Année de naissance du conjoint survivant <input type="text"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> 2 → Année du mariage dissous par ce décès <input type="text"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> 3 → Année de veuvage <input type="text"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> 4 → Année de jugement <input type="text"/>
9	Nationalité	Française <input type="checkbox"/> 1
		Etrangère <input type="checkbox"/> 2 Préciser <input type="text"/>

B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEFUNT	
11	Lieu du décès
	Logement ou domicile <input type="checkbox"/> 1 Hospice, maison de retraite <input type="checkbox"/> 4
	Établissement hospitalier <input type="checkbox"/> 2 Voie ou lieux public <input type="checkbox"/> 5
	Clinique privée <input type="checkbox"/> 3 Autres lieux <input type="checkbox"/> 6

12	Le certificat médical confidentiel de décès a-t-il été fourni ? (d)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
----	--	---

L'Officier de l'État Civil

(a) Pour les communes de Lifou et Maré, **préciser le bureau**.

1A

(b) Si le défunt était retraité, indiquer la profession et la situation avant la retraite.

1B

(c) Salarié de l'État ou des collectivités locales :

C1

- y compris le Territoire, les Provinces, les Communes, les Hôpitaux et dispensaires publics, l'OPT.

C2

(d) Si le Certificat Médical confidentiel de Cause de Décès a été fourni : **ne pas l'ouvrir, l'agrafer à ce Bulletin avant de l'adresser, sous pli fermé CONFIDENTIEL, au Médecin-Inspecteur Territorial de la Santé de la DTASS.**