

Royaume de Belgique  
Province de Hainaut  
Arrondissement de Thuin



## **Rubrique I. Données obligatoires**

### **A. Objet de la déclaration anticipée**

**Madame, Monsieur (nom prénoms)**

- 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.
- reconfirme la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le .....
- révisé 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 ainsi que 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** : \_\_\_\_\_  
**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** : \_\_\_\_\_  
**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** : \_\_\_\_\_  
**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** : \_\_\_\_\_

**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** : \_\_\_\_\_

**Numérod'identification  
dans le registre national** : \_\_\_\_\_

**Numéro de Téléphone** : \_\_\_\_\_

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

**Lien de parenté  
éventuel** : \_\_\_\_\_

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

---

---

Fait à Erquelinnes le 15 octobre 2009.

Sceau

Pour le Bourgmestre,  
l'employé(e) délégué(e)

Date et signature du requérant (avec nom et qualité)

Date et signature de la personne désignée en cas d'incapacité physique permanente du requérant  
(avec nom et qualité)

Date et signature des deux témoins (avec nom et qualité)

Date et signature de la (des) personne(s) de confiance désignée(s) (avec nom et qualité)