



**Royaume de Belgique**  
**Province du Brabant wallon**  
**COMMUNE DE ITTRE**

Rue de la Planchette, 2 – 1460 Ittre

Tél. : 067/79.43.45 - 067/79.43.26  
067/79.43.27 - 067/29.43.29  
Fax : 067/64.84.13

[population@ittre.be](mailto:population@ittre.be)

## Déclaration anticipée relative à l'euthanasie

### Rubrique I. Données obligatoires

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

Monsieur/Madame ..... (nom et prénoms)

(\*) demande que, dans le cas où il/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 ..... (date) <sup>1</sup>

(\*) révisé la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le ..... (date) <sup>1</sup>

(\*) retire la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le ..... (date) <sup>1</sup>

#### **B. Données personnelles du requérant.**

Mes données personnelles sont les suivantes :

- résidence principale : .....
- adresse complète : .....
- numéro d'identification dans le registre national : .....
- date et lieu de naissance : .....

#### **C. Caractéristiques de la déclaration anticipée.**

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Elle est approuvée par la signature des deux témoins et le cas échéant, d'une (des) personne(s) de confiance. Je souhaite que cette déclaration anticipée soit respectée.

\* biffer la mention inutile

<sup>1</sup> Le cas échéant

#### **D. Les témoins.**

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

1) nom et prénoms : .....  
Résidence principale : .....  
Adresse complète : .....  
Numéro d'identification dans le registre national : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Lien de parenté éventuel : .....

2) nom et prénoms : .....  
Résidence principale : .....  
Adresse complète : .....  
Numéro d'identification dans le registre national : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
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 impliquée(s) pendant la procédure, je désigne par ordre de préférence :

1) nom et prénoms : .....  
Résidence principale : .....  
Adresse complète : .....  
Numéro d'identification dans le registre national : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Lien de parenté éventuel : .....

2) nom et prénoms : .....  
Résidence principale : .....  
Adresse complète : .....  
Numéro d'identification dans le registre national : .....  
Numéro de téléphone : .....

Date et lieu de naissance: .....

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 capable physiquement de rédiger et de signer cette déclaration anticipée est la suivante:

.....

Comme preuve, je joins un certificat médical en annexe.

J'ai désigné ..... (nom et prénoms) 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: .....

Date et lieu de naissance: .....

Lien de parenté éventuel: .....

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

Fait à Ittre, le .....

Pour chaque date et signature, mentionner la qualité et le nom

Date et signature du requérant

Date et signature de la personne désignée en cas d'incapacité physique permanente du requérant <sup>1</sup>

Date et signature des deux témoins

Date et signature de la (des) personne(s) de confiance désignée(s) <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> le cas échéant