Gemeentebestuur Bever

Plaats 10

1547 BEVER

Tel.: 054/58.89.25

**DÉCLARATION ENFANT MORT-NÉ**

**Date de la déclaration:** ……/..…/……………

**ENFANT**

Prénom(s) ……………………………………………………………………………………….……..

Nom(s) ………………………………………………………………………………………………

Date de naissance ……/..…/……………

Lieu de naissance …………………………………………………………………………………………………………..

**MAMAN**

Nom et prénom …………………………………………………………………………………………………………………...

Numéro registre national ……………………………………………………………………..…………………………………………….

Adresse ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ...…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse e-mail ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**AUTRE PARENT**

Nom et prénom ………………………………………………………………………………………………………………………..

Numéro registre national …………………………………………………………….………..…………………………………………….

Adresse ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ...…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je déclare que toutes les informations contenues dans ce formulaire ont été complétées de manière véridique.

Biévène, le ……/..…/…………

Signature de la maman Signature de l’autre parent