



Je soussigné(e)

Nom : .....

Prénoms : .....

Epoux(se) de : .....

Né(e) le : .....

Domicilié(e) à : ..... N° postal : .....

Rue : ..... N° : .....

Téléphone n° : .....

e-mail : .....

Déclare, par la présente, faire don de ma dépouille mortelle à l'Institut d'Anatomie humaine de l'Université catholique de Louvain (UCL).

(\* ) Je désire être inhumé(e) à charge de ma famille au cimetière de .....

(\* ) Je désire être incinéré(e) à charge de ma famille .....

Je désigne comme famille ou personne responsable, après mon décès, des contacts avec

l'Institut : Nom et prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

e-mail : .....

En signant ce document, je certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des prescriptions relatives au don de corps à la Science. Je les approuve et j'atteste également en avoir informé ma famille.

Fait en double exemplaire à : .....

Le .....

Signature

(\* ) Barrer la mention inutile

Le double du formulaire est à renvoyer au Professeur B. LENGELÉ, Tour Vésale, avenue Mounier 52, 1200 Bruxelles.