

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)							
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) Norgrove, Linda		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme		SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Social		
ORGANIZATION Organisation		NATION (e.g., United States) Pays British Citizen		DATE OF BIRTH Date de naissance 4 September 1974		SEX Sexe <input type="checkbox"/> MALE <input checked="" type="checkbox"/> FEMALE	
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte			
<input type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique		<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire		<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé		<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	
<input type="checkbox"/> NEGROID Négride		<input type="checkbox"/> MARRIED Marié		<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé		<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique	
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf		<input type="checkbox"/> JEWISH Juif		<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent				RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le sus			
STREET ADDRESS Domicilié à (Rue)				CITY OR TOWN OR STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)			
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale							
CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne) Pending Autopsy						INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès	
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort							
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort		MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire					
		UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire					
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS ² Autres conditions significatives ²							
MODE OF DEATH Condition de décès		AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non			CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures		
<input type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle		MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie					
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle		NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste					
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide		SIGNATURE Signature					
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide		DATE Date			<input type="checkbox"/> AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non		
DATE OF DEATH (day, month, year) Date de décès (le jour, le mois, l'année) 9 October 2010				PLACE OF DEATH Lieu de décès Afghanistan			
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE. J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.							
NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire (b)(3), (b)(6)				TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme MD, Brigade Surgeon			
GRADE Grade 03		INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Bagram Airfield, Afghanistan					
DATE Date 9 October 2010		SIGNATURE Signature (b)(3), (b)(6)					
¹ State disease, injury or complication which caused death, etc. ² State conditions contributing to the death, but not related to ³ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du coeur, etc. ⁴ Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.							