

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

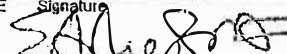
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) Navarro, Peter, Joseph	GRADE Grade E-4	BRANCH OF SERVICE Arme Army	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Social XXX-XX-6661
ORGANIZATION Organisation Company A, 2d Battalion, 70th Armor, 3d BCT (TF Baghdad), Fort Riley, KS	NATION (e.g. United States) Pays United States	DATE OF BIRTH Date de naissance 5 February 1985	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE

RACE Race <input type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique <input type="checkbox"/> NEGROID Nègre <input checked="" type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier) Asian	MARITAL STATUS État Civil <input checked="" type="checkbox"/> SINGLE Célibataire <input type="checkbox"/> MARRIED Marié <input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf	RELIGION Culte <input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant <input checked="" type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique <input type="checkbox"/> JEWISH Juif	OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
--	--	---	-----------------------------------

NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent Mr. and Mrs. Jose U. Navarro	RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le sus Parents
STREET ADDRESS Domicile à (Rue) 16542 Branchwood Drive	CITY OR TOWN OR STATE (include ZIP Code) Ville (Code postal compris) Wildwood, MO 63011-1845

MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale	
CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)	INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort. Blast and shrapnel injuries	Minutes
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 Autres conditions significatives	


MODE OF DEATH Condition de décès <input type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle <input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle <input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide <input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste Edward A. Reedy, LCDR, MC, N SIGNATURE Signature  DATE Date 16 December 2005	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non
--	--	--

DATE OF DEATH (day, month, year) Date de décès (le jour, le mois, l'année) 13 December 2005 1438	PLACE OF DEATH Lieu de décès Taji Iraq
---	--

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 Edward A. Reedy	TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Associate Medical Examiner
--	---


GRADE Grade LCDR	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, Dover DE
----------------------------	---

DATE Date 22 Dec 2005	SIGNATURE Signature 
---------------------------------	--

1 State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.
 2 State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.
 1 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 cœur, etc.
 2 Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la blessure qui a provoqué la mort.

(REMOVE, REVERSE AND RE-INSERT CARBONS BEFORE COMPLETING THIS SIDE)

DISPOSITION OF REMAINS

NAME OF MORTICIAN PREPARING REMAINS CHRISTOPHER SCHULZE	GRADE GS-11	LICENSE NUMBER AND STATE K10000539 / DE	OTHER
INSTALLATION OR ADDRESS 436 SVS/SVD 116 26th Street, Dover AFB DE 19902	DATE 29 Dec 05	SIGNATURE 	
NAME OF CEMETERY OR CREMATORY	LOCATION OF CEMETERY OR CREMATORY		
TYPE OF DISPOSITION	DATE OF DISPOSITION		

REGISTRATION OF VITAL STATISTICS

REGISTRY (Town and Country)	DATE REGISTERED	FILE NUMBER	
		STATE	OTHER
NAME OF FUNERAL DIRECTOR	ADDRESS		
SIGNATURE OF AUTHORIZED INDIVIDUAL			