

Opérations funéraires Déclaration préalable

(Décret n° 2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires)

1. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

Monsieur Madame

Nom : _____

Prénoms : _____

Représentant l'entreprise habilitée : _____

SIREN / SIRET :

Raison sociale : _____

Statut juridique : _____

Numéro d'habilitation : _____

Adresse : _____
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie

Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment

Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : Commune : _____

2. LE DÉFUNT

Décès de : Monsieur Madame

Nom de naissance : _____

Nom d'usage (le cas échéant) : _____

Prénoms : _____

Décès survenu le : à (ville du lieu de décès) : _____

Hôpital Domicile Maison de retraite Voie publique Autre

3. DÉCLARATION

Je, soussigné(e) _____ atteste être en possession des documents suivants :

- Certificat de décès (dématérialisé, original ou copie).
- Demande(s) de la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles.
- Autre justificatif selon l'opération déclarée ⁽¹⁾ :

Vu le certificat de décès précisant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'est pas atteint d'une infection transmissible qui s'opposerait à la réalisation des soins de conservation ou transport du corps avant mise en bière, déclare par la présente procéder aux opérations suivantes :

Soins de conservation (vu les articles R.2213-3, R.2213-4 et R.2223-132 du CGCT)

(1) Déclaration du thanatopracteur en cas de soins de conservation

Identité du demandeur ayant qualité pour pourvoir aux soins de conservation

Monsieur Madame

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

N°

(bis, ter)

Type de voie

Nom de la voie

Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment

Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : Commune : _____

Agissant en qualité de (*lien de parenté ou situation du demandeur par rapport au défunt*) : _____

L'opération se déroulera le :

à : h à (lieu de réalisation) : _____

et sera réalisée par un thanatopracteur titulaire du diplôme national, de l'entreprise :

SIREN / SIRET :

Raison sociale : _____

Adresse : _____

N°

(bis, ter)

Type de voie

Nom de la voie

Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment

Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : Commune : _____

Numéro d'habilitation : _____

Utilisant le produit agréé suivant : _____

Moulage mortuaire

(1) Déclaration du médecin constatant que les signes de décomposition nécessitent de réaliser l'opération de moulage avant que ne se soit écoulé un délai de 24 heures à compter du décès.

Identité du demandeur ayant qualité pour pourvoir au moulage mortuaire

Monsieur Madame

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

N°

(bis, ter)

Type de voie

Nom de la voie

Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment

Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

Agissant en qualité de (*lien de parenté ou situation du demandeur par rapport au défunt*) : _____

L'opération se déroulera le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

à : [] [] h [] [] à (lieu de réalisation) : _____

et sera réalisée par un thanatopracteur titulaire du diplôme national, de l'entreprise :

SIREN / SIRET : []

Raison sociale : _____

Adresse : _____

N°

(bis, ter)

Type de voie

Nom de la voie

Étage, escalier, appartement - immeuble, bâtiment

Lieu-dit, boîte postale, commune déléguée (le cas échéant)

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

Numéro d'habilitation : _____

