PRÉFET
D'EURE-
ET-LOIR

*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

# DEMANDE D'HABILITATION EN MATIERE FUNERAIRE

**(A DEPOSER 2 MOIS AU MINIMUM AVANT L'EXPIRATION DE L'HABILITATION)**

(Articles L.2223-19, L.2223-23, L.2223-25, D.2223-34, D.2223-39, R.2223-56, R.2223-57, R.2223-62, R.2223-63 du CGCT)

☐ Etablissement principal ☐ Etablissement secondaire

☐ Première demande ☐ Modification ☐ Renouvellement

>>> N° HABILITATION :

## 1 - INDICATIONS RELATIVES A L'ÉTABLISSEMENT SOLLICITANT L'HABILITATION :

Forme juridique (entreprise individuelle, SA, SARL, SAS, SA, E.U.R.L, etc): …….

N° SIRET de l'établissement (14 chiffres) : ..…….

Raison sociale: ……

Enseigne commerciale de l'établissement conforme au Kbis: ……...

Adresse de l'établissement sollicitant l'habilitation:……...
……..……..

téléphone fixe : ……téléphone portable : ……...

courriel : ……@…….. fax : ……

Nombre total de salariés[1] pour l'établissement :…….

Nombre de personnes qui assurent la direction de l'établissement : ….

Nombre de personnes de l'établissement titulaires du diplôme de conseiller funéraire et assimilé :…..
Nombre de personnes de l'établissement titulaires du diplôme de maître de cérémonie : …..
Nombre d'agents exécutants une prestation funéraire :…..
Nombre d'agents qui accueillent et renseignent les familles :…..
Nombre d'agents qui déterminent directement avec la famille l'organisation et les conditions des prestations funéraires:…..
Nombre d'agents responsables d'un établissement:…...
Nombre de gestionnaires d'une chambre funéraire ou d'un crématorium:…..
Nombre de thanatopracteurs en exercice salariés dans l'établissement:…...

## 2- INDICATIONS RELATIVES AU REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ÉTABLISSEMENT SOLLICITANT L'HABILITATION

Qualité : ☐gérant ☐président ☐directeur général ☐président directeur général

☐responsable d'agence ☐maire ☐autre, préciser...

1 Si une personne a plusieurs formations, il faut la compter une seule fois sur l'obligation la plus forte en termes de formation

**NOM** : ……..**Prénom** :…….

Nom d'usage (le cas échéant) …….

Date et lieu de naissance : …….Nationalité : …….

Adresse complète du domicile : ……...
……

téléphone : …….courriel : …….

**3 - <u>INDICATIONS RELATIVES AU SIÈGE SOCIAL (OU ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL) :</u>**

Numéro de SIREN du siège social (9 chiffres) : …….

Raison sociale : ……

Téléphone : ……courriel : …….

**4 - <u>ACTIVITES POUR LESQUELLES L'HABILITATION EST DEMANDEE</u> (article L.2223-19 du CGCT) – Cocher les cases correspondantes aux activités <u>:</u>**

| N° | ACTIVITES | Exercée directement par l'établissement | sous-traitée | Nom du sous-traitant |
|---|---|---|---|---|
| **1** | transport de corps **avant** mise en bière<br>transport de corps **après** mise en bière | | | |
| **2** | organisation des obsèques | | | |
| **3** | soins de conservation définis à l'article L. 2223-19-1 | | | |
| **4** | fourniture des housses, des cercueils et de leurs accessoires intérieurs et extérieurs ainsi que des urnes cinéraires | | | |
| **6** | gestion et utilisation des chambres funéraires | | | |
| **7** | fourniture des corbillards et des voitures de deuil | | | |
| **8** | fourniture de personnel et des objets et prestations nécessaires aux obsèques, inhumations, exhumations et crémations, à l'exception des plaques funéraires, emblèmes religieux, fleurs, travaux divers d'imprimerie et de la marbrerie funéraire | | | |
| **9** | Gestion d'un crématorium (article L.2223-40 du CGCT) | | | |

Je soussigné, le représentant légal de l'établissement, atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait à ……, le ……. Signature du représentant légal et cachet